

АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Г.А. Головоочесова, Ю.С. Ландышев

(Амурская Государственная медицинская Академия, г. Благовещенск, ректор — д.м.н., проф. В.А. Доровских, кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Ю.С. Ландышев)

Резюме. Проведен анализ доходов больных бронхиальной астмой (БА), и стоимости базисной терапии БА согласно рекомендациям GINA (Global Initiative for Asthma 2007г.). В исследование включено 53 человека, из них 49 женщин и 4 мужчины трудоспособного возраста от 45 до 55 лет (средний возраст $51,7 \pm 0,8$ лет). Средний доход на человека составил 6922,81 рублей, 47,2 % больных имели доходы ниже прожиточного минимума. Средняя месячная стоимость базисной терапии БА составила 3420,4 рубля, что составляет 49,4% от среднего дохода больных. Низкие доходы населения с одной стороны, отсутствие поддержки государства больных БА с другой стороны, не позволяют внедрять клинические рекомендации по лечению БА в полном объеме в связи с высокой стоимостью базисной терапии.

Ключевые слова: бронхиальная астма, стоимость лечения, базисная терапия.

ANALYSIS OF AVAILABILITY OF BASIC THERAPY FOR BRONCHIAL ASTHMA

G.A. Golovochesova, Yu.S. Landyshev

(Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk)

Summary. The income of patients suffering from bronchial asthma (BA) and the cost of basic therapy for BA according to the GINA (Global Initiative for Asthma 2007) recommendations were analyzed. 53 participants were enrolled in the study, 49 females and 4 males of active working age 45-55 years (mean age 51.7 ± 0.8 years). The mean income per person was 6922.81 Russian Rubles; it was below the minimum living wage in 47.2 % of patients. Mean monthly cost of basic therapy for BA was 3420.4 Russian Rubles, which is 49.4% of the mean patient's income. On one side, low income in the population and, on the other side, absence of social programs for BA patients, oppose introduction of recommendations for BA treatment into clinical setting fully; as well as high-priced basic therapy.

Key words: bronchial asthma, treatment cost, basic therapy.

Бронхиальная астма представляет глобальную проблему здравоохранения — в мире живет около 300 млн. больных БА [2,5]. В Докладе рабочей группы GINA отмечается чрезвычайная важность социальных и экономических факторов в понимании значения заболевания и подходов к его лечению. Наличие связи БА с социально-экономическим статусом (в развитых странах БА больше распространена среди малообеспеченных слоев населения), отражает различия в доступности медицинской помощи [2]. На протяжении двух последних десятилетий получены научные достижения, которые улучшили представление о БА и предоставили новые возможности для ее эффективного лечения [1,3,4,5,7]. Однако многообразие систем здравоохранения в разных странах и различия в доступности препаратов для лечения БА обусловили потребность в адаптации рекомендаций по лечению БА к местным условиям во всем мире [2,7,8]. Внедрение в практику клинических рекомендаций по-прежнему остается серьезной проблемой во всем мире [8]. Одним из важных препятствий для успешного внедрения в практику клинических рекомендаций по диагностике, профилактике и лечению БА является отсутствие доступа к недорогим лекарственным препаратам, особенно для пациентов в экономически менее развитых регионах, где стоимость лечения по сравнению с доходами весьма высока [2,8]. Практически во всех странах затраты являются важным препятствием на пути обеспечения больных оптимальной медицинской помощью, основанной на данных доказательной медицины, хотя влияние этого фактора на доступ пациентов к медицинской помощи широко варьирует в разных странах и регионах [2].

Цель работы: оценить доступность базисного лечения для больных БА. Является ли уровень доступности медикаментозным лечением БА препятствием для внедрения рекомендаций GINA.

Материалы и методы

Исследование проводилось путем сбора анамнеза, опроса и анкетирования пациентов с помощью теста по контролю над астмой (АСТ). Анализа амбулаторных

карт (ф. N 025/y-87 «Медицинская карта амбулаторного больного»), использованы материалы годового отчета (форма №12), статистические данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Амурской области. Прайс-лист лекарственных препаратов ОАО «Амурфармация» аптека №7.

Нами была рассчитана суточная стоимость терапии (CCT) и месячная стоимость базисной терапии (МСБТ) БА по следующим формулам:

$CCT = \text{СП} / \text{КЛФ} / \text{ДЛФ} * \text{СДП}$, $МСБТ = CCT * 30$ дней,

где СП — стоимость препарата, КЛФ — количество лекарственных форм (доз) в упаковке, ДЛФ — доза лекарственной формы в упаковке, СДП — суточная доза препарата. Для расчета суточных доз препаратов приняты средние терапевтические дозы наиболее часто назначаемых ИГКС [3,5,7,8], и рекомендованные суточные дозы других препаратов принимаемых в базисной терапии БА [3,2,4].

Полученные данные анализировались с помощью показателей описательной статистики (абсолютные цифры, доли, выраженные в процентах, средние значения). Обработка результатов проводилась с помощью прикладного пакета программы «Statistica» v. 6.

Результаты и обсуждения

Настоящее исследование проведено в г. Белогорске Амурской области. В исследование включено 53 человека, из них 49 женщин и 4 мужчины трудоспособного возраста от 45 до 55 лет (средний возраст $51,7 \pm 0,8$ лет). Средняя длительность заболевания по анамнезу, от появления первых симптомов бронхообструкции до настоящего времени, составляла в среднем 14,28 лет (± 5). Из них 8 (15,1%) БА легкой степени тяжести, 33 (62,3%) БА средней тяжести, 12 (22,6%) БА тяжелого течения. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались заболевания сердечнососудистой системы (ЗССС) — 42 (79,2%), что требовало назначения дополнительных лекарственных препаратов.

Средний доход на члена семьи составил 6922,81, что значительно ниже среднедушевых доходов по Амурской области (11362,6 руб./мес.). Величина прожи-

точного минимума на III квартал 2008 года по Амурской области составила 5669 рублей на человека, величина потребительской корзины на III квартал 2008 года составила 5257 рублей (в стоимость потребительской корзины не входят затраты на лечение), 25 (47,2%) больных имели доходы ниже прожиточного минимума.

Существующие литературные данные о терапии БА не позволяют дать подробные рекомендации по лечению [4], все руководства рекомендуют ориентировать интенсивность терапии в зависимости от клинической степени тяжести и контроля над симптомами БА [2,3,5]. В группе исследования преобладали пациенты с неконтролируемым, согласно тесту АСТ, течением БА 45 (84,9%) пациентов. Учитывая исходные данные, терапия большинства исследуемых пациентов начнется с III-IV ступени терапии [3,2] (табл. 1).

Стоимость суточной (ССТ) и месячной базисной терапии (СМБТ), ее процентное соотношение к среднемесячному доходу больных БА

Препарат или рекомендованное сочетание препаратов*****	ССТ (руб.)	СМБТ (руб.)	% от дохода
Будесонид* 400-800 мкг+ формотерол** 18-27 мкг	51,52-113,48	1545,6-3404,4	22,3-49,2
Будесонид* 400-800 + зафирлукаст** 20 мг	83,23-87,32	2499,6-2619,6	36,1-37,8
Будесонид* 400-800 мкг + монтелукаст*** 10 мг	170,7-174,7	5121,0-5241,0	73,9-75,7
Будесонид** 400-800 мкг + формотерол** 18-27 мкг	68,42-113,48	2058,0-4304,0	29,7-49,1
Будесонид** 400-800 мкг + зафирлукаст** 10 мг	100,42-121,52	3012,6-3645,6	43,5-52,6
Будесонид** 400-800 + монтелукаст*** 10 мг	187,8-208,9	5634,0-6267,0	81,3-90,5
Беклометазон**** 500-1000 + зафирлукаст 20 мг**.	90,62-101,92	2718,0-3057,6	39,3-44,1
Беклометазон**** 500-1000 мкг + монтелукаст 10 мг***	178-189,3	5340,0-5679,0	77,1-82,0
Беклометазон**** 500-1000 мкг + формотерол** 18-27 мкг	58,83-93,88	1764,6-2816,0	25,4-40,6
Будесонид+Формотерол** (доза по будесониду 400-800 мкг)	55,68-111,34	1679,6-3341,2	24,1-48,3

* Производство Пульмомед ЗАО.

** Производство AstraZeneca.

*** Производство Merck Sharp & Dohme.

**** Производство Ватерфорд.

***** В виду низкой цены теофиллинов с замедленным высвобождением, их стоимостью в базисной терапии решено пренебречь.

Нами была рассчитана суточная стоимость терапии (ССТ) и месячная стоимость базисной терапии (СМБТ) БА (табл. 2).

Из полученных результатов видно, что любая комбинация рекомендуемых препаратов для базисного лечения, имеет высокую СМБТ, средняя СМБТ составила 3420,4 рубля. В расчет СМБТ не вошла стоимость препаратов для купирования приступов БА, а так же цена препаратов для лечения сопутствующей патологии, что, конечно же, увеличивает расходы на медикаментозную терапию пациентов. Анализ полученных данных вызывает тревогу — стоимость рекомендуемой базисной терапии значительно превышает возможности пациентов, и составляет в среднем 49,4% их месячного дохода. К тому же 47,2% больных имеют доход ниже прожиточного уровня, и в принципе не имеют возможности приобретать лекарственные препараты для лечения. Не лучше обстоит дело с обеспечением лекарственными препаратами больных БА, имеющих стойкую утрату трудоспособности. Заявки по дополнительному лекар-

Рекомендуемый объем терапии при неконтролируемой бронхиальной астме, согласно рекомендациям GINA [2]

III ступень	Низкие дозы ИГКС + b2-агонист длительного действия	Средние или высокие дозы ИГКС	Низкие дозы ИГКС + антилейкотриеновый препарат
IV ступень	Средние или высокие дозы ИГКС + b2-агонист длительного действия	Средние или высокие дозы ИГКС + b2-агонист длительного действия + антилейкотриеновый препарат	

ственному обеспечению (ДЛО) формируются с учетом подушевого норматива в сумме 500 рублей на пациента, что не позволяет заявить препараты для адекватной терапии больного БА согласно рекомендациям GINA, поскольку их стоимость значительно превышает утвержденный норматив финансирования лекарственного обеспечения по ДЛО.

Таким образом, для изменения клинической практики и улучшения результатов лечения пациентов необ-

Таблица 2

ходимо на национальном и местном уровнях внедрять в практику врачей клинические рекомендации, основанные на данных доказательной медицины. Низкие доходы населения с одной стороны, отсутствие поддержки государства больных БА с другой стороны, не позволяют внедрять клинические рекомендации по лечению БА вследствие высокой стоимости базисной терапии. Пациенты, несмотря на рекомендации врачей, вынуждены либо совсем отказываться от современных и эффективных схем лечения, либо не соблюдают рекомендованные дозы лечебных

препаратов «растягивая» дорогое лекарство на более длительное время. Это ведет не только к низкой эффективности лечения, увеличению стоимости лечения за счет оказания неотложной и стационарной помощи, но и к увеличению не прямых расходов на лечение БА.

Вопрос о стоимости лечения необходимо открыто обсуждать на каждом визите больного к врачу, и врач должен быть уверен, что стоимость препаратов не мешает достижению контроля над симптомами БА. Поэтому лица, участвующие в адаптации и внедрении в практику рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике БА, должны представлять себе стоимость и экономическую эффективность различных рекомендаций по ведению БА. Лечение, назначенное согласно клиническим рекомендациям, но неподкрепленное финансовой возможностью пациента приобрести лекарственные препараты, не только не приведет к эффективному результату, но и дискредитирует оптимальную медицинскую помощь, основанную на данных доказательной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н., Жестков А.В., Леценко И.В. и др. Небулизированный будесонид при тяжелом обострении бронхиальной астмы: сравнение с системными стероидами. // Пульмонология. — М., 2006. — №4. — С. 58 — 67.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2007 г.). — М.: Атмосфера, 2008. — 108 с.
3. Дидковский Н.А. Бронхиальная астма. Руководство для врачей России. Формулярная система. // Consilium-medicum. — М., 2000. — Т. 2. №1 — С. 5-12.
4. Княжеская Н.П. Бронхиальная астма: некоторые аспекты диагностики и лечения. // Consilium-medicum. — Т. 3. №12. — С. 10-17.
5. Респираторная медицина: Руководство. / Под ред. А.Г. Чучалина. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. — 797с.
6. Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В., Гавришина Е.А. Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой. // Пульмонология. — М., 2006. — №2. — С. 94-102.

7. FitzGerald J.M., Boulet L.P., Follows R.M.A. The concept Trial: A 1-year, multicenter, randomized, double-blind, double-dummy comparison of a stable dosing regimen of salmeterol/fluticasone propionate with an adjustable main-tenance dosing regimen of formoterol/budesonid in

adults with persistent asthma. // Clin. Ther. — 2005. V.27. №4. — P. 393-406.

8. Jadad A.R., Moher M., Browman G.P., et al. Systematic reviews and meta-analyses on treatment of asthma: critical evaluation. // BMJ. — 2000. V.40. — P. 320-537.

Информация об авторах: Амурская обл., г. Белогорск, Гастелло, д. 4, кв. 26.

Головочесова Галина Анатольевна — аспирант кафедры
Ландышев Юрий Сергеевич — зав. кафедрой, проф., д.м.н.

E-mail: slava_1@amur.ru

© ГОРДИЕНКО В.П., ВАХНЕНКО А.А., САВЕЛЬЕВА Е.П. — 2010

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В АМУРСКОМ РЕГИОНЕ

В.П. Гордиенко¹, А.А. Вахненко¹, Е.П. Савельева²

(¹Амурская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. В.А. Доровских;

²Амурский областной онкологический диспансер, гл. врач — А.В. Павлов)

Резюме. Злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из основных причин смертности и инвалидизации населения России, а в последние 15 лет и в Амурском регионе. Значительная утрата трудоспособности частью населения, связанная с этой патологией, выводит ее за рамки сугубо медицинской проблемы. В статье приведены данные о заболеваемости и смертности больных злокачественными новообразованиями в Амурском регионе, проведен сравнительный анализ с ключевыми показателями по Российской Федерации. Представлены некоторые тенденции развития исследуемых заболеваний.

Ключевые слова: эпидемиология, злокачественные новообразования (ЗНО), заболеваемость, профилактические осмотры.

MORBIDITY AND MORTALITY OF POPULATION OWING TO MALIGNANT TUMOURS IN AMUR REGION

V.P. Gordienko¹, A.A. Vakhnenko¹, E.P. Saveljeva²

(¹Amur State Medical Academy, ²Amur Regional Oncological Hospital)

Summary. Malignant tumours are one of the main cause of mortality and invalidization in Russia as well as in Amur region during last 15 years. Considerable loss of ability to work in a part of population, associated with this pathology gives opportunity to consider it as not only medical problem. The data on morbidity and mortality among the patients with malignant tumours in Amur region has been presented; the comparable analysis with key indices on Russian Federation has been conducted. Some tendencies of development of diseases under investigation has been presented.

Key words: epidemiology, malignant tumours, morbidity, preventive examinations.

Злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из основных причин смертности и инвалидизации населения России, а в последние 15 лет и в Амурском регионе. Значительная утрата трудоспособности частью населения, связанная с этой патологией, выводит ее за рамки сугубо медицинской проблемы. Ежегодный неуклонный рост абсолютного числа больных с установленным впервые в жизни диагнозом злокачественного новообразования обусловлен крайне низким уровнем управляемости, прежде всего из-за невозможности связать заболевание (в подавляющем большинстве случаев) с конкретной причиной, а следовательно, и устранить ее. Все это трансформируется в социально-экономические проблемы общества в целом.

Согласно общепринятой в настоящее время концепции, впервые сформулированной Higgison и Muir (1999), не менее 80-90% случаев ЗНО являются следствием воздействия внешних факторов. В контексте этих оценок внешние факторы трактуют как любые факторы негенетической природы, причинно связанные либо с прямой индукцией рака, либо с модификацией риска неопластического процесса.

Отсюда становится понятной и необходимость проведения соответствующих эпидемиологических исследований на территории Амурского региона, могущих дать представление об индивидуальном и популяционном риске заболевания в связи с различными характеристиками индивидуума или целой популяционной группы. Эпидемиологические данные являются основным источником информации о причинах развития ЗНО и в значительной мере определяют направления

развития фундаментальных и клинических исследований в онкологии.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Амурском регионе за последние 5 лет увеличилась на 9,9% (РФ — на 12,7%) и составила в 2008г. — 304,4 на 100 000, в 2007г. — 279, 4 на 100000 (Россия — 345,3 на 100 тыс. населения).

В 2008 году у 2639 пациентов впервые в жизни был установлен диагноз злокачественного новообразования, что соответствует регистрации в среднем каждые 3 часа 1 случая заболевания. Женщины составили 52,7%, мужчины 47,3% от числа заболевших, причем общее их количество увеличилось на 14,2%.

В структуре заболеваемости ЗНО доминируют опухоли кожи (13,0%), легкого (12,8%), молочной железы (11,5%), желудка (8,9%). Каждая третья опухоль, диагностируемая у мужчин, локализуется в органах дыхания (трахея, бронхи, легкие). У женщин в течение 10 лет лидирует рак молочной железы.

У мужчин (1249 чел., 47,3%) заболевших ЗНО, первые места занимают рак легкого (22,8%), рак желудка (11,4%), кожи (9,4%), предстательной железы (4,9%); у женщин (1390 чел., 52,7%) — рак молочной железы (21,9%), рак кожи (16,1%), рак желудка (6,7%), рак шейки матки (6,6%). Следует отметить, что распределение отдельных локализаций рака среди населения исследуемой территории практически не отличается от аналогичной динамики Российских показателей.

В Амурском областном онкологическом диспансере на конец 2008 года состояли на учете 13438 пациентов с установленным диагнозом злокачественного новообразования. Численность онкологических больных соста-