

Н.В.ВЕРТКИНА, ГКБ №81, Москва

Экономическая оценка

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ

СОСУДИСТОЙ МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) является главной профилактической мерой в лечении больных с выраженным атеросклеротическим стенозом ВСА. Первыми продемонстрировали возможности сосудистой хирургии в этой области Eastcott H.N.G., Pickering G.W., Rob C.G. в 1954 г., резецировав стенозированный участок ВСА с формированием анастомоза «конец-в-конец». В 1953 г. DeBaake выполнил тромбэндартерэктомию из ВСА и закрыл артериотомическое отверстие первичным швом. Сегодня по частоте выполнения КЭЭ занимает второе место в мире после АКШ.

Для оценки результатов КЭЭ были определены два основных показателя: сочетанная частота периперационных гомолатеральных инсультов и летальности от них, а также общая послеоперационная летальность от всех причин. Так, показатель «инсульт + летальность от инсульта» не должен превышать 3% у асимптомных больных, — у пациентов с ТИА, 7% — у больных после инсульта и 10% — при операциях по поводу рестенозов сонных артерий. Общая летальность в каждой из перечисленных групп не должна превышать 2% [5,8].

Прогресс методов дооперационной диагностики, уточнение показаний к операции, совершенствование методов интраоперационной защиты головного мозга позволили значительно улучшить результаты хирургического лечения [4,3].

Частота повторных ОНМК в бассейне скомпрометированной артерии в течение первого года после инсульта составляет от 6 до 20%, а в последующие 5 лет у 25—32% больных имеется риск развития инсульта. В то же время частота ОНМК после выполненной КЭЭ существенно ниже и составляет всего 1—1,5% в год [1,2].

Анализ отдаленных результатов свидетельствует о стабильном и долговременном эффекте КЭЭ. Данные крупных западных статистических исследований показывают, что у оперированных больных в большинстве случаев не отмечалось появления новой очаговой неврологической симптоматики в ипсилатеральном полушарии, и только в 10% случаев развился

инсульт в сроки более 5 лет. Таким образом, повторный ишемический инсульт среди неоперированных больных встречается в 3 раза чаще, а суммарный показатель «ТИА + инсульт» у них хуже в 5 раз [7]. В настоящее время каротидная эндартерэктомия является наиболее часто выполняемой восстановительной сосудистой операцией. По статистике ВОЗ в мире ежегодно выполняется более 1,3 млн. подобных оперативных вмешательств. Ежегодно частота подобных оперативных вмешательств растет. Так, в Англии в 1995 г. выполнялось 4,8 операций на 100 000 населения, в Шотландии — 8,5, а в Северной Ирландии — 5,5. Увеличение частоты выполнения КЭЭ абсолютно закономерно, если учитывать большую частоту и тяжелые последствия острых нарушений мозгового кровообращения, занимающих одно из ведущих мест в структуре общей летальности, и высокую эффективность КЭЭ, являющейся надежным способом предотвращения последствий окклюзионно-стенотических поражений сонных артерий [14].

Социальная и экономическая значимость ишемического инсульта складывается из нескольких компонентов:

1. Прямые затраты (обследование, уход, лечение) — 75% затрат.
2. Косвенные затраты (потери производства из-за больничных листов, пособий по инвалидности и преждевременной смерти в трудоспособном возрасте).

При этом 80% всех затрат приходится на период уже после выписки из стационара [7].

Общая стоимость прямых затрат складывается из:

- ♦ стоимости лечения собственно ишемического инсульта;
- ♦ лечения сопутствующих заболеваний;
- ♦ санаторно-курортного лечения и реабилитации;
- ♦ ухода и патронажа на дому;
- ♦ постоянного поликлинического наблюдения;
- ♦ наблюдения больного социальным работником [10].

Косвенные затраты на лечение больных, перенесших инсульт, в такой стране, как Швеция, составляют 17,5 млн. долл. в год. Сюда входят расходы на соцобеспечение, пенсии по нетрудоспособности и потери производства из-за смерти ранее 65 лет [13]. В целом государство теряет 1,35 млрд. долл. в год [10].

Стоимость ухода за больным с инсультом составляет 8,4 млн. долл., а если суммировать стоимость соцобеспечения, пенсионные выплаты, потери производства, то стоимость лечения одного случая инсульта доходит до 13,5 млн. долл. от момента развития инсульта до смерти больного [14].

На сегодняшний день существует несколько способов снижения стоимости инсульта за счет его предотвращения:

- ♦ коррекция артериальной гипертензии;
- ♦ антикоагулянтная и дезагрегантная терапия у больных с риском развития инсульта;
- ♦ хирургическая коррекция стеноза сонных артерий.

Комплексное использование всех мер, направленных на предотвращение инсультов, позволяет снизить их частоту лишь на 15% ежегодно, но даже это позволяет сэкономить 5 млн. долл., при этом отмечается, что увеличение хирургической активности в отношении асимптомных пациентов позволит снизить частоту инсультов ежегодно на 45% [11].

кроме того...

ОДОБРЕН ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ СТАДИЙ РАКА ЖЕЛУДКА

Компания Roche сообщила о получении рекомендации Европейского комитета по контролю за лекарственными препаратами, используемыми у человека (CHMP), на комбинированное применение инновационного перорального препарата Кселода (капецитабин) и химиотерапии на основе ЛС платины в качестве терапии первой линии при лечении больных распространенным раком желудка. Препарат одобрен к применению в более чем в 90 странах мира, включая страны ЕС, США, Японию, Австралию и Канаду. На сегодняшний день его использовали для лечения более 1 млн. онкологических больных, и он зарекомендовал себя как эффективное, относительно безопасное и простое в обращении ЛС. В 2005 г. Европейская комиссия и Управление по контролю за пищевыми продуктами и ЛС США одобрили Кселоду в качестве средства адъювантной терапии рака толстой кишки. Получено разрешение на применение его в комбинации с Таксотером (доцетакселом) для лечения женщин с местнораспространенным и метастатическим раком молочной железы. Специалисты отмечают, что по эффективности Кселода не уступает ЛС, используемым внутривенно. При этом время пребывания пациента в стационаре сокращается с 5 дней каждые 3 недели до 1 дня раз в 3 недели. Наиболее часто встречающиеся побочные эффекты, связанные с приемом Кселоды: диарея, боль в животе, тошнота, стоматит и ладонно-подошвенный синдром.

Соб. инф.

ФАРМКОМПАНИИ УВЕЛИЧИВАЮТ РАСХОДЫ НА РЕКЛАМУ

По итогам первых 11 месяцев 2006 г. фармкомпании потратили на рекламу лекарственных препаратов 4,9 млрд. долл., на 86 млн. долл. больше, чем за аналогичный период времени в 2005 г. Согласно данным информационной компании Nielsen Monitor, в 2006 г. двумя наиболее активно рекламируемыми средствами стали снотворные препараты Lunesta компании Sepracor (SEPR) и Ambien компании Sanofi-Aventis (SNY). Из фармкомпаний наибольший рекламный бюджет был у компании GlaxoSmithKline (GSK) — 757,5 млн. долл.

Российский рекламный вестник

В популяции населения среди 67-летних мужчин частота возникновения ишемического инсульта составляет 2,3% в год. Стоимость лечения пациента после инсульта превосходит все затраты на операцию.

Установлено, что скрининговое ультразвуковое дуплексное сканирование БЦА у больных старше 60 лет, стоимость которого составляет 300 долл., выявляет гемодинамически значимый стеноз у 5% больных. При этом стоимость КЭЭ составляет 8500 долл., а стоимость инсульта составляет 34 000 долл. + 18 000 ежегодно. При этом за год наблюдения 26% асимптомных больных стали симптомными и подверглись хирургическому лечению.

Таким образом, своевременное выполнение КЭЭ позволяет сэкономить как минимум 25 500 долл. на каждом случае стенотически-окклюзионного поражения сонных артерий.

Ряд исследователей подчеркивают преимущества хирургического лечения асимптомных больных. Так, по данным Huber T.S., в случае хирургического лечения асимптомных больных прибыли больницы увеличиваются на 4,5%, хирургические прибыли на 2,2%, прибыли государства и населения увеличиваются на 4,7%, койко-дни сокращаются на 28% (с 5,8 до 4,1 дней), существенно снижается летальность — с 1,2 до 0,8% [9]. Общие затраты на хирургическое лечение уменьшаются с 19 456 долл. до 18 055 долл. [14].

Таким образом, операция КЭЭ у асимптомных больных со стенозом сонных артерий 60% и более — рентабельнее, нежели консервативная терапия, поскольку в большем проценте случаев позволяет избежать ишемического инсульта в бассей-

не пораженной артерии. Исключение представляют только очень пожилые пациенты, для которых риск, связанный с операцией, крайне высок из-за выраженной сопутствующей патологии [8].

Для оценки экономической эффективности хирургического лечения использовалась модель Маркова. Сравнивали группы больных, получающих консервативную терапию, и пациентов, перенесших хирургическое лечение. При этом установлено, что для симптомных пациентов хирургический риск инсульта составляет 5,8%, 2-летний риск инсульта — 27,6%, для асимптомных пациентов хирургический риск — 1,7%, 5-летний риск инсульта — 17,5%. Рентабельность хирургической операции по сравнению с консервативным лечением представляется как 4100 долл. (операция) к 39 700 долл. (консервативное лечение с исходом в возможный инсульт) [14].

Анализ литературы по проблеме показал, что разные источники приводят различные показатели как стоимости хирургического лечения, так и стоимости лечения больного с уже развившимся инсультом. Однако все авторы указывают на существенный экономический эффект своевременного применения каротидной эндалтерэктомии у пациентов с окклюзионно-стенотическим поражением сонных артерий.

Каротидная эндалтерэктомия значительно снижает риск развития ишемического инсульта, сохраняет работоспособность, качество жизни и социальную адаптацию пациента, приводит к сокращению расходов лечебных учреждений и государства в целом.



ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А.В., Норрис Дж.В. Ангиографическое измерение стеноза внутренней сонной артерии. Ангиология и сосудистая хирургия. 1996, №4, с. 8—22.
2. Джибладзе Д.Н., Аминтаева А.Г., Лагода О.В., Ионов В.Г. Катамнез больных с экстракраниальной патологией сонных артерий и ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. Ангиология и сосудистая хирургия. 2003, №1, с. 21—29.
3. Казанчян П.О., Попов В.А., Ларьков Р.Н., Рудакова Т.В., Валиков Е.А., Стеняев Ю.А. Сравнительная оценка классической и эверсионной методики каротидной эндалтерэктомии. Ангиология и сосудистая хирургия. 2002, №3, с. 81—87.
4. Когель Х. Риск развития эмболии у больных с асимптомными стенозами внутренней сонной артерии: проспективное хирургическое исследование. Ангиология и сосудистая хирургия. 1996, №4, с. 23—33.
5. Покровский А.В., Белоярцев Д.Ф., Колосов Р.В. Что влияет на стандарты «качества» выполнения каротидной эндалтерэктомии? Ангиология и сосудистая хирургия. 2003, №3, с. 80—90.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.