

Поражение лимфатических узлов (регионарных, ворот печени, парапанкреатических, забрюшинных) отмечено в 38 наблюдениях.

На третьем месте при первичном раке печени метастазами поражаюсь легкое и плевра – 7 наблюдений. Остальные гематогенные метастазы при раке печени были представлены единичными наблюдениями.

Таким образом, на большом секционном материале показана закономерность распределения метастазов различных опухолей в печень. Установлена частота метастазирования в зависимости от локализации и гистологического типа опухоли. Рассмотрена динамика метастазирования злокачественных опухолей по пятилетиям.

Литература

1. *Шерлок Ш., Дули Дж.* Заболевания печени и желчных путей. М., 1999.
2. *Борисов А.Е., Земляной В.П., Борисова Н.А., Непомнящая С.Л.* Методы малоинвазивной хирургии в лечении первичного и метастатического рака печени (учебное пособие для врачей). Новгород, 1997.
3. *Gunderson L.L., Sosin H., Levitt S.* // Int. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 1985. Vol. 11. P. 31–741.
4. *Schmol H.J., Buchele T., Schober C.* // Oncologie. 1999. Bd. 22. S. 92–97.
5. *Soulen M.C.* // Oncology. 1994. Vol. 8. № 4. P. 77–89.
6. *Luna-Perez P. et. al.* // Arch. Med. Res. 1998. Vol. 29. № 4. P. 319–324.
7. *Tellez C., Benson A.I. B., Lister M.T.* // Cancer. 2000. Vol. 88. № 7. P. 1549–1556.
8. *Ананьева Е.Н. и др.* // Вятский мед. вестн. 2002. № 1. С. 8–9.
9. *Вашиакмадзе Л.А., Хомяков В.М.* // Рос. онкол. журн. 2004. № 5. С. 42–50.
10. *Воробьев Г.И. и др.* // Колопроктология. 2002. № 2. С. 2–5.
11. *Шапошников А.В., Простакова Н.А.* // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004. № 3. С. 60–65.

Ростовский НИИ онкологии МЗ РФ, Ростовский филиал

Ростовского областного патологоанатомического бюро

21 декабря 2004 г.

УДК 616.981.214.2-07-08.003

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАТРАТ ПРИ РОЖЕ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© 2005 г. *Н.Ю. Пшеничная*

Research of cost of illness including direct and indirect cost on pre-hospital, hospital and out-patient stages of treatment in patients with a erysipelas on face, upper and lower extremities have been carried out. The most expenses have been registered in patients with erysipelas on lower extremities on all stages of treatment.

Дефицит финансирования здравоохранения в сочетании с ростом цен на различные медицинские услуги и медикаменты диктуют необходи-

мость проведения клинико-экономических исследований, направленных на оценку стоимости оказания медицинской помощи населению и оптимизацию расходов на нее [1–4]. Наибольшую актуальность эта проблема представляет для заболеваний, отличающихся высокой частотой встречаемости и хронизации. В инфектологии к числу таких нозологий относится рожа, характеризующаяся преобладанием форм с локализацией патологического процесса на нижних конечностях [5–8]. Между тем до настоящего времени исследования подобного рода при этом заболевании не проводились.

В связи с вышеизложенным целью настоящей работы явился сравнительный анализ полной стоимости болезни у больных с различными формами рожи.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели было обследовано 126 больных рожей с локализацией патологического процесса на лице ($n = 35$), верхних ($n = 30$) и нижних ($n = 61$) конечностях. Все обследованные пациенты обратились по направлению из поликлиник, самостоятельно или же были доставлены в 5-е инфекционное отделение городской больницы № 1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону бригадой скорой помощи (СП) и в последующем прошли стационарное лечение. После выписки из стационара часть пациентов (если в этом была необходимость) проходили реабилитацию под наблюдением врача-инфекциониста поликлиники.

При определении полной стоимости болезни (ПСБ) учитывались: 1) прямые затраты (ПЗ) на оказание пациентам медицинской помощи на догоспитальном, стационарном и последующем амбулаторном этапах по тарифу обязательного медицинского страхования (ОМС) (в ПЗ также входили затраты личных средств больного на медикаменты (ЛСБМ) сверх тарифа ОМС); 2) не прямые затраты (НЗ), связанные с отсутствием пациента на рабочем месте во время болезни [1, 2, 9, 10].

При определении ПЗ на оказание помощи больным рожей основывались на тарифах стоимости медицинских услуг в городской больнице № 1 им. Н.А. Семашко и в отделении СП городской больницы скорой медицинской помощи № 2 на 01.04.04 г. Расчёт стоимости лекарственных препаратов производили по средним ценам на медикаменты в г. Ростове-на-Дону на 01.07.04 г., установленным Ростовским областным информационно-аналитическим центром. Расчет не прямых затрат базировался на количестве дней нетрудоспособности у работающих пациентов и средней заработной плате граждан, установленной по данным Ростовского областного государственного комитета по статистике на 01.06.04 г., равной 5416,9 руб.

Статистический анализ результатов исследования проводили, используя критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Наибольшие ПЗ на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи приходились на пациентов, страдающих рожей нижних конечностей (РНК), будучи достоверно выше таковых у больных с локализацией патологического процесса на лице и верхних конечностей. Так, при РНК они составили $157,8 \pm 19,9$ руб., тогда как при роже лица (РЛ) и роже верхних конечностей (РВК) находились в пределах $97,2 \pm 25,4$ и $94,2 \pm 25,9$ руб. Это непосредственно было связано с тем, что в 62,3 % больные РНК доставлялись в стационар машиной СП, тогда как в двух других группах пациентов это происходило лишь в 37,1 и 36,7 % случаев. ПЗ на стационарное лечение, зависящие от продолжительности пребывания больного в стационаре (табл. 1), также оказались достоверно выше в группе пациентов с РНК – $4127,9 \pm 278,1$ руб., тогда как в группах больных с РЛ и РВК они находились в пределах $3447,1 \pm 241,2$ и $3531,2 \pm 175,4$ руб. и были сопоставимы друг с другом. Различий в ЛЗПМ во время пребывания больного в отделении во всех 3-х сравниваемых группах не было.

При изучении ПЗ на амбулаторное лечение выяснилось, что в группе больных РНК они были максимальными, превышая более чем в 2 раза таковые в двух других сравниваемых группах. Это обусловлено тем, что пациенты, перенесшие рожу лица и верхних конечностей, обращались в поликлинику в 6,6 и 8,6 %, тогда как страдающие РНК – в 18 % случаев. Указанное обстоятельство приводило и к более значительным ЛЗПМ в последней группе. При РЛ ПЗ на амбулаторное лечение и ЛЗБМ в сумме было потрачено в пределах $7,6 \pm 1,2$ руб., РВК – $9,4 \pm 1,1$ и РНК – $20,0 \pm 1,5$ руб. ($p_{1-3} < 0,05$ и $p_{2-3} < 0,05$).

Учитывая тот факт, что рожа характеризуется преобладанием форм с локализацией патологического процесса на нижних конечностях [5–8] и то, что в наших исследованиях эта группа больных РНК оказалась самой многочисленной и требовала более значительных расходов на лечение, в ней был проведен более углубленный анализ ПЗ. Первоначально выделили 2 подгруппы больных РНК: в одну вошли лица с первичной и повторной рожей, в другую – с рецидивирующей, в том числе и часто. В связи с тем, что пациенты, заболевшие РНК впервые, были доставлены машиной СП в 86,8 $\pm$ 5,5 % случаев, тогда как с рецидивами болезни лишь в 34,8 $\pm$ 9,9 % ($p < 0,05$), расходы на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в первой группе больных оказались значительно больше (табл. 1). Затраты на стационарное лечение по тарифу обязательного медицинского страхования (ОМС) в этих группах были практически сопоставимы (табл. 1). Вместе с тем личные расходы пациентов на медикаменты у больных, страдающих первичной и повторной РНК, были существенно выше таковых у пациентов с рецидивирующими формами заболевания (табл. 1). При более углубленном анализе причин этого различия было установлено, что 65 % больным рецидивирующей рожей с самого начала стационарного лечения внутримышечно назначался линкомицин,

имеющий значительно более низкую стоимость по сравнению с антибиотиками пенициллинового ряда, столь популярным в 2-х других группах пациентов. Объем ПЗ на этапе амбулаторного лечения после выписки из стационара практически не отличался у больных первичной и рецидивирующей РНК (табл. 1)

Таблица 1

ПЗ на различных этапах лечения у больных с РНК в зависимости от кратности процесса и характера местных проявлений в очаге воспаления (в среднем на 1 больного, $X \pm Sx$, руб.)

Группа больных с различными формами РНК	ПЗ на догоспитальном этапе медицинской помощи	ПЗ на стационарное лечение по тарифу ОМС	ЛЗПМ сверх тарифа ОМС во время стационарного лечения	Прямые затраты на амбулаторное лечение по ОМС на 1 больного	ЛЗПМ сверх тарифа ОМС во время амбулаторного лечения, руб.
Первичная и повторная (n = 38) (1)	197,9 $\pm$ 30,6	3965,4 $\pm$ 262,3	367,7 $\pm$ 83,6	10,9 $\pm$ 2,1	10,9 $\pm$ 2,6
Рецидивирующая (n = 23) (2)	117,7 $\pm$ 25,9	3758,5 $\pm$ 153,8	164,1 $\pm$ 67,5	7,4 $\pm$ 1,9	8,5 $\pm$ 2,4
Эритематозная (n = 42) (3)	149,2 $\pm$ 25,2	3379,2 $\pm$ 123,2	232,4 $\pm$ 46,8	5,8 $\pm$ 1,6	6,8 $\pm$ 2,1
Буллезная (n = 19) (4)	166,4 $\pm$ 33,1	4344,7 $\pm$ 271,3	299,4 $\pm$ 62,4	18,0 $\pm$ 2,2	12,6 $\pm$ 2,4
p ₁₋₂	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
p ₃₋₄	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05

НЗ непосредственно связаны с затратами, вызванными временной утратой трудоспособности (т.е. в связи с отсутствием пациента на его рабочем месте). Наибольший процент работающих в исследуемых группах наблюдался среди лиц, перенесших РЛ (31,4 %), наименьшее число работающих было в группе пациентов с РВК (13,3 %). Последнее обстоятельство было связано с тем, что абсолютное число больных с РВК составляли женщины после радикальной мастэктомии, которые после этого оперативного вмешательства обычно уходили на пенсию по инвалидности. Все вышеизложенное вполне объясняло тот факт, что в последней группе больных НЗ оказались наименьшими (245,9 $\pm$ 74,8 руб.), тогда как у больных с РЛ и РНК были достоверно выше: 554,2 $\pm$ 81,6 и 428,8 $\pm$ 89,2 руб.

При более углубленном изучении группы пациентов с РНК существенных различий в НЗ, числе работающих, нуждающихся в больничном листе, у больных с первичной и рецидивирующей формами заболевания обнаружено не было (табл. 2).

Разделение больных РНК на группы по характеру местных проявлений выявило более значительные НЗ у пациентов с буллезными формами рож. Однако они были связаны не с числом работающих, нуждающихся в

больничном листе (по данному параметру различий между группами не было), а с необходимостью более длительного как стационарного, так и последующего амбулаторного лечения (табл. 2).

Таблица 2

**НЗ у больных с различными формами РНК
(в среднем на одного больного, $\bar{X} \pm Sx$, руб.)**

Группа больных с различными формами РНК	Первичная и повторная РНК (n=38) (1)	Рецидивирующая РНК (n=23) (2)	Эритематозные формы РНК (n=42) (3)	Буллезные формы РНК (n=19) (4)
Число работающих больных (нуждающихся в больничном листе, %)	23,7 $\pm$ 6,9	26,1 $\pm$ 9,1	23,8 $\pm$ 6,6	26,3 $\pm$ 10,1
	$p_{1-2} > 0,05$		$p_{1-2} > 0,05$	
Стоимость 1 дня нетрудоспособности (НЗ)	42,7	47,1	43,0	47,5
Средний койко-день	11,5	10,9	9,8	12,6
НЗ за весь период стационарного лечения	491,0	513,4	421,4	598,5
Число дней, проведенных на больничном листе после выписки из стационара (в пересчете на 1 больного)	0,68	0,61	0,38	1,26
НЗ за период амбулаторного долечивания	29,0	28,7	16,34	59,85
НЗ за весь период лечения	520,0 $\pm$ 56,1	542,1 $\pm$ 62,7	437,7 $\pm$ 69,4	658,3 $\pm$ 78,2
	$p_{1-2} > 0,05$		$p_{3-4} < 0,05$	

ПСБ складывалась из ПЗ и НЗ, определенных для догоспитального, стационарного и последующего амбулаторного этапов оказания медицинской помощи пациентам.

ПСБ у больных с локализацией патологического процесса на нижних конечностях оказалась максимальной по сравнению с другими изученными группами пациентов (4627,7 $\pm$ 205,2 руб.). При сравнении ПСБ у больных с РЛ и РВК достоверных различий получено не было. У первых она находилась в пределах 4095,1 $\pm$ 170,1, у вторых – 3880,7 $\pm$ 202,1 руб.

После разделения пациентов с РНК на подгруппы в зависимости от кратности процесса и характера местных проявлений в ПСБ были выявлены существенные различия.

Так, ПСБ у больных, страдающих первичной и повторной рожей, оказалась значительно выше, чем у таковых с рецидивами заболевания: 4874,9 $\pm$ 170,1 по сравнению с 4480,6 $\pm$ 192,4 руб., $p < 0,05$. Более значительные ПСБ были в группе больных с буллезным характером воспалительного очага при сопоставлении с теми, у кого воспаление протекало в эритематозной форме: 4061,9 $\pm$ 201,4 против 5333,0 $\pm$ 256,9 руб., $p < 0,01$.

Таким образом, рожа с локализацией патологического процесса на нижних конечностях является наиболее затратной с экономических пози-

ций как для самого пациента, так и для медицинских страховых компаний и лечебно-профилактических учреждений. Выраженный диссонанс наблюдается при расходовании средств в этой группе в зависимости от кратности заболевания и характера местных проявлений патологического процесса. Больные с рожей указанной локализации составляют наибольшую часть пациентов с этим заболеванием, проходящих лечение в инфекционных стационарах. Указанные факты обуславливают насущную потребность в проведении фармакоэкономического анализа существующих в настоящее время схем медикаментозной терапии рожи указанной локализации. Полученные данные позволяют пересмотреть тактику оказания медицинской помощи и оптимизировать расходы на некоторых этапах лечебного процесса.

Литература

1. Кобина С.А. // Ремедиум. 1999. № 4. С 38–44.
2. Авксентьева М.В. и др. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). М., 2000.
3. Кухтевич А.В. и др. // Медицинская кафедра. 2003. № 3(07). С. 32–33.
4. Lyles A. // Clinical Therapy (United States). 2003. № 25(3). Р. 1004–1006.
5. Черкасов В.Л., Еровиченков А.А. // Рос. мед. журн. 1999. Т. 7. № 8. С. 14–19.
6. Еровиченков А.А. и др. Рожа. Клиника, диагностика, лечение. М., 2001.
7. Лебедев В.В., Жаров М.А. Клиника и лечение рожи. Краснодар, 2003.
8. Фролов В.М., Рычнев В.Е. Патогенез и диагностика рожистой инфекции. Воронеж, 1986.
9. Drummond M.F. et al. Methods for the economic evaluation of health care programs. Oxford, 1997.
10. Koopmaschap M., Rutten F. // Pharmaco-Economics. 1993. № 4(6). Р. 446–454.

Ростовский государственный медицинский университет

15 декабря 2004 г.

УДК 616.62–006.6–091: 615.336.15+615.28

ПАТОМОРФОЗ РАКОВЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ

© 2005 г. Ю.А. Семькин, Е.М. Непомнящая, О.Э. Назарова

In this abstract we review pathomorphology bladder cancer after neoadjuvant autohaemotherapy on 56 patients.

Успехи химиотерапии рака мочевого пузыря в последние десятилетия заметно возросли. Если еще в недалеком прошлом к ней прибегали при наличии противопоказаний к операции и лучевой терапии, то в настоящее время лекарственная терапия рака мочевого пузыря получила широкое