

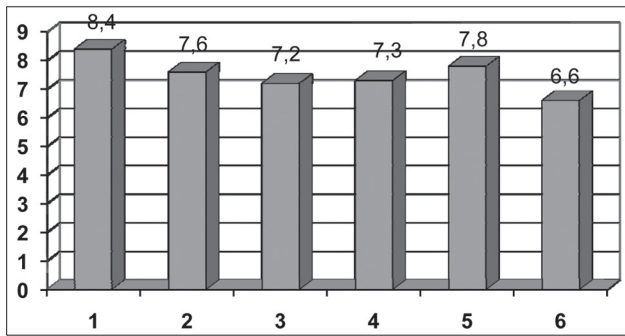


Рис.1. Значимость причин, приводящих к снижению качества проведения прямой эстетической реставрации зубов по данным экспертных оценок (баллы)

1 — конфликты врачей-стоматологов с пациентом — 8,4
2 — нарушение технологии подготовки зуба к реставрации — 7,6

3 — подбор цвета пломбировочного материала — 7,2
4 — нарушение технологии реставрации — 7,3
5 — формирование окклюзионной поверхности — 7,8
6 — окончательная обработка реставрации — 6,6

Ранжирование проводилось по шести группам причин. Каждая отдельная группа причин имеет самостоятельное статистически достоверное значение. При этом наиболее частыми причинами является следующие: конфликты врачей-стоматологов с пациентом, дефекты формирования окклюзионных поверхностей и нарушения технологии подготовки зуба к реставрации.

Представленные выше результаты экспертных оценок значимости необходимо использовать при комплексном обосновании и разработке критериев качества реставрации разрушенных зубов, которые могут быть включены в систему оценки качества стоматологических услуг организаций различных форм собственности.

Информация об авторах: 664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, кафедра общественного здоровья и здравоохранения ИГИУВа, тел (3952) 464024, e-mail: zdravirk@mail.ru
Арутюнов Сергей Дарчоевич — заведующий кафедрой, д.м.н., профессор
Кицул Игорь Сергеевич — профессор, д.м.н.,
Зотов Павел Павлович — аспирант,
Вартанов Тимур Олегович — аспирант.

© КАРЕТНИКОВА В.М., ПЕТРУНЬКО И.Л. — 2010

К ВОПРОСУ О ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТАХ В СВЯЗИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В.М. Каретникова, И.Л. Петрунько

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра медицинской экспертизы, зав. — к.м.н., доц. И.Л. Петрунько)

Резюме. Повсеместная распространенность бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) диктует необходимость мониторинга расходов на их лечение. Во всем мире на эти заболевания приходится немалая доля финансовых затрат. Остаются неизученными экономические потери на инвалидов в связи с астмой и ХОБЛ. В нашей работе рассчитаны финансовые затраты на 1 инвалида бронхиальной астмы и ХОБЛ в год. Изучена стоимость базисной терапии тяжелой степени БА и ХОБЛ за аналогичный период времени. Адекватная базисная терапия в половину менее затратна, чем расходы на инвалидов в связи с этими заболеваниями. Адекватная базисная терапия астмы и ХОБЛ — эффективный и экономичный способ профилактики инвалидности.

Ключевые слова: заболевания органов дыхания, бронхиальная астма, ХОБЛ, первичная инвалидность, экономический ущерб, финансовые затраты.

TO THE PROBLEM OF FINANCIAL EXPENSES IN CONNECTION WITH PHYSICAL DISABILITY IN BRONCHOOBSTRUCTIVE DISEASES

V.M. Karetnikova, I.L. Petrunko

(Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education)

Summary. General prevalence of bronchial asthma and chronic obstructive disease of lungs (COPD) dictates necessity of monitoring expenses at their treatment. All over the world these diseases require considerable share of expenses. [5, 6]. The economic losses owing to invalidism in connection with asthma and COPD are unclear yet. In our work the financial expenses for 1 invalid with bronchial asthma and COPD per one year have been calculated. The cost of basic therapy of severe degree of asthma and COPD for the similar period of time has been calculated. Adequate basic therapy is 50 per cent less expensive than expenses for invalids in connection with these diseases. Adequate basic therapy of asthma and COPD is effective and economic way of preventing physical disability.

Key words: pulmonary diseases, asthma, COPD, disability, economic loss, financial expenses.

Повсеместная распространенность бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) диктует необходимость мониторинга расходов на их лечение. Во всем мире на эти заболевания приходится немалая доля финансовых затрат [6,8,9]. Финансовое бремя в Европе связи с БА составляет 17,7 млрд. в год [6]. В руководстве международных экспертов по ведению, диагностике и лечению пациентов с астмой указывается, что она остается одной из ведущих причин пропусков работы во многих странах, в том числе и таких как США, Швеция, Австралия и Великобритания

[8]. В странах Европейского сообщества, прямые расходы на лечение ХОБЛ составляют 6% от затрат на все болезни. В структуре расходов в связи с респираторными заболеваниями на ХОБЛ приходится 56%. Стоимость госпитализации пациентов с ХОБЛ в 2,7 раз превышала расходы на госпитализацию пациентов без ХОБЛ по данным исследований США [8]. Однако в международных руководствах не оцениваются финансовые затраты на инвалидов в связи с этими болезнями. Ежегодные экономические потери в связи с инвалидностью вследствие заболеваний определяются прямыми и непрямые

ми затратами. Прямые расходы включают выплаты пенсионного пособия (по инвалидности), льготное обеспечение лекарственными средствами и финансирование других социальных гарантий инвалидам, расходы на амбулаторное и стационарное лечение, вызовы бригад скорой медицинской помощи. Но прямые затраты — только видимая часть айсберга, суммарные же расходы на лечение и реабилитацию инвалидов значительно больше. Рассчитывая финансовые затраты на инвалида надо учитывать и не прямые экономические потери государства в связи с непроизведенным валовым внутренним продуктом (ВВП) трудоспособными лицами, признанными инвалидами [4].

Цель работы: рассчитать финансовые затраты на 1 инвалида от бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы

В работе использованы данные освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы Иркутской области за 2009 год. Выделена группа пациентов, впервые признанных инвалидами (ВПИ) в связи с БА и ХОБЛ. Изучены особенности ВПИ при данных бронхообструктивных нозологиях. Рассчитаны интенсивные показатели первичной инвалидности при БА и ХОБЛ. Проведено анкетирование среди 80 инвалидов БА и ХОБЛ, наблюдавшихся в ЛПУ области. Определены средние показатели по количеству случаев госпитализаций в год на 1 пациента БА и ХОБЛ, для расчета финансовых затрат на стационарное лечение инвалидов. Оценены прямые и не прямые финансовые затраты на 1 впервые признанного инвалидом пациента при БА и ХОБЛ. Вторым этапом произведен расчет ориентировочных затрат на лечение пациентов — не инвалидов с тяжелой БА и ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения. Сравнены ориентировочная сумма затрат на эффективное лечение пациента — не инвалида и суммарные финансовые затраты на социальное обеспечение инвалида.

Результаты и обсуждение

В 2009 году прирост численности инвалидов за счет впервые признанных таковыми в связи с БА и ХОБЛ в Иркутской области составил 239 и 252 человека соответственно. Данные нозологии, по-прежнему, составляют наибольшую долю, среди всех ВПИ вследствие болезней органов дыхания. Так, из 521 ВПИ в связи с дыхательной патологией, БА и ХОБЛ, вместе взятые, составляют 94%. Интенсивный показатель первичной инвалидности (ИППИ) при астме и ХОБЛ в 2009 году составил 1,96 на 10000 взрослого населения Иркутской области. Изолированно рассчитанный ИППИ по астме и ХОБЛ, равняется 0,95 и 1,01 соответственно. Гендерная характеристика впервые признанных инвалидов сохраняет присущие ей ранее черты: астма в 3 раза чаще является причиной инвалидности у женщин, а ХОБЛ — в 24 раза чаще среди мужчин, впервые признанных инвалидами в 2009 году. Среди ВПИ тяжелое течение определялось у 62% БА и 92% ХОБЛ среди ВПИ. Распределение по группам инвалидности показывает, что при ХОБЛ вторая группа инвалидности устанавливается в 2,8 раз чаще, чем при астме. Имеются существенные различия в группе бессрочного определения инвалидности: ХОБЛ явилось причиной такого решения в 2,2 раза чаще, чем БА ($p=0,04$). Установление группы инвалидности без срока переосвидетельствования демонстрирует отсутствие у гражданина реабилитационного потенциала, невозможность регресса стойких функциональных нарушений.

Годовое обеспечение инвалида включает расходы на пенсию по инвалидности, «социальный пакет» в рамках государственных гарантий (льготное обеспечение лекарственными средствами, санаторно-курортное ле-

чение при наличии показаний, бесплатный проезд). По данным пенсионного фонда РФ, средний размер социальной пенсии за 2009 год, равнялся 4294 рубля. Таким образом, годовая сумма составит 51528 рублей.

Среди опрошенных нами пациентов было выяснено, что пациенты с БА госпитализировались $1,5 \pm 0,1$, а с ХОБЛ — $0,5 \pm \text{раз/год}$. Средняя продолжительность госпитализации составила $13 \pm 0,2$ койко/дней при БА и $14 \pm 0,1$. Стоимость 1 койко-дня стационарной помощи утверждается Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Иркутской области (далее Территориальная программа) [3], и в 2009 году данный норматив затрат на 1 койко-день равнялся в среднем 1010,7 рублей. Тогда затраты на стационарный этап лечения среди изучаемой нами группы пациентов с БА — на 1,5 госпитализаций/год равнялся 19708,6 рублей/год. Среди инвалидов ХОБЛ стоимость госпитализаций будет равна 6569,6 рублей/год.

В связи с необходимостью ежемесячного оформления льготных рецептов, всеми инвалидами в анкетах была отмечена частота посещений поликлиник не менее 1 раза в месяц. Стоимость 1 амбулаторно-поликлинического посещения пациентом, согласно Территориальной программе оценивалась в 192,2 рубля. Тогда на 12 посещений одного инвалида в год затрачивается 2306,4 рубля.

В анкету был включен вопрос о количестве вызовов СМП, которое по нашим данным было осуществлено в среднем 4,3 раза/год в случае с БА и 1,5 раза/год ХОБЛ. На 1 вызов скорой медицинской помощи расходуется в среднем 1559,6 рубля (средств бюджета в соответствии с Территориальной программой). Итог финансовых затрат на оказание экстренной помощи инвалидам в связи с БА за год складывается в 6706,3 рублей и в 10059,5 рублей инвалидам с ХОБЛ.

Таким образом, суммарные ориентировочные прямые расходы (включающие вышеуказанные нами) составляют на 1 инвалида в связи с БА астмой 80249,3 рублей, а в связи с ХОБЛ — 70463 рублей.

Непрямые экономические потери в связи с инвалидностью рассчитаны нами исходя из невыработанного внутреннего валового продукта (ВВП) в связи с «выключением» данной группы лиц из производства. Объем фактического валового внутреннего продукта России за 2009 год составил 39063 млрд. рублей [1]. На 1 января 2009 года в России насчитывалось 89266 тысяч человек трудоспособного возраста. 1 россиянин трудоспособного возраста вырабатывал в 2009 году ВВП стоимостью 437602 рублей. Присоединив данные не прямые затраты к рассчитанным выше, получается, что неработающий инвалид трудоспособного возраста «обходится» стране в 508065 рубль/год при ХОБЛ и 517851 рубль/год при БА.

Нами рассчитана стоимость лекарственного обеспечения за 1 год пациента БА и ХОБЛ — не являющегося инвалидом. В соответствии с рекомендациями международных экспертов [6], эффективной схемой лечения БА является ступенчатая базисная терапия, обязательно включающая ингаляционные глюкокортикостероидные средства (ИГКС) в высоких дозах в сочетании с пролонгированными бронхолитиками — b2-агонистами. Лечение пациентов ХОБЛ тяжелого течения включает прием бронхолитиков на постоянной основе, а при показателях объема форсированного выдоха менее 50% от нормы — присоединение ИГКС [3]. Расчеты произведены по тиотропию бромиду, бронхолитику с 24-часовым действием, который в клинических исследованиях показывает удлинение времени до первой госпитализации и значительное снижение частоты повторных госпитализаций по поводу обострений, которые являются основным фактором усугубления функции внешнего дыхания пациентов [7]. В расчет стоимости мы включили «ситуационную» небулайзерную бронхолитическую

терапию: она имеет целый ряд неоспоримых преимуществ у пациентов с проблемой правильного выполнения маневра ингаляции посредством ингаляторов, у пожилых лиц с низкой скоростью инспираторного потока. Использование комбинированных бронхолитических препаратов при небулайзерной терапии значительно облегчает состояние пациента, и позволяет существенно уменьшить финансовые затраты на лечение, особенно у пациентов с тяжелой ХОБЛ [2]. Средняя цена на лекарственные препараты рассчитана по материалам сайта справочной аптеки города Иркутска [3]. Для больного с БА тяжелого персистирующего течения при расчете базисной терапии комбинированным препаратом сальметеролом/флутиказоном 25/250 мкг в максимальной суточной дозе, а также комбинированным бронхолитиком короткого действия — беродуалом с частотой использования до 2 раза в неделю (при контролируемой астме) необходимо истратить 31963 рубля в год. Для пациента с ХОБЛ тяжелого течения эта сумма складывалась из затрат в связи с приёмом 1 дозы/ в сутки титотропия бромид и противовоспалительной терапии (бекламетазон 1000 мкг/сутки) 33 277,3 рубля/год. Даже с учетом включения в стоимость лечения расходов на приобретение небулайзера (средняя цена 3445 рублей)

и бронхолитических растворов (с частотой использования до 2 раз в год по 2 недели — стоимостью 556 рублей) общая стоимость лечения не достигает суммы финансовых затрат на инвалида в год. Так же, с целью профилактики ОРВИ и последующих обострений ХОБЛ, мы учли стоимость вакцинопрофилактики: ежегодно от гриппа (на примере ваксигрипа 1 доза стоит 264 рубля) и однократно в 5 лет пневмо-23 (ценой 1100 рублей). Но и эта дополнительная часть расходов не сближает траты на адекватное лекарственное обеспечение пациентов и финансовые расходы на инвалидов.

Таким образом, рассчитанные нами Финансовые затраты на 1 инвалида в год вследствие БА и ХОБЛ составляют 80249,3 и 70463,5 рублей. Они более чем в 2 раза превышает расходы на адекватную базисную терапию данной группы пациентов. Инвалидизация лиц трудоспособного возраста многократно увеличивает экономическое бремя государства, главным образом, в связи с прямыми затратами: (невыведенным ВВП, оцениваемым в 2009 году в 437602 рублей). Полученные результаты демонстрируют экономическую выгоду на направленности на эффективное бесплатное лечение в сравнении с затратами на пенсионное и социальное обеспечение и реабилитацию инвалида.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валовой внутренний продукт России 2009 год [Электронный ресурс] // NIGHT TECHNOLOGIES. — Режим доступа: <http://file:///G:/работа%20по%20статье%202009\ввп%202009.mht>; <http://htfi.org/?p=962>, свободный. — Загл. с экрана (01.06.2010).
2. Горячкина Л.А., Дробик О.С. Фармакотерапия обструктивных заболеваний легких: комбинированный бронхолитик Беродуал Н // Справочник поликлинического врача. — 2006. — Т. 4, № 8. — С. 41-43.
3. Информационная справочная АПТЕКАРЬ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://vapteke.ru/03/06/2010>, свободный. — Загл. с экрана (03.06.2010).
4. Общественное здоровье и экономика / Под ред. Б.Б. Прохорова. — М., 2007. — 292с.
5. Постановление Правительства Иркутской области от 19.02.2009 г. №38-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской

Федерации бесплатной медицинской помощи в Иркутской области на 2009 год».

6. Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина; сост. В.И. Трофимов. — М., 2005. — 52 с.
7. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких у пациентов старших возрастных групп: применение титотропия бромид // Справочник поликлинического врача. — 2006. — Т. 4, № 8. — С. 36-40.

8. Burden of chronic obstructive pulmonary disease [Электронный ресурс] // WHO. — <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html> (03/06/2009), свободный. — Загл. с экрана (01.06.2010).
9. The burden of asthma [Электронный ресурс] // WHO. — Режим доступа: [http://www.who.int/respiratory/asthma/GINA_WR_2006_copyright\[1\].pdf](http://www.who.int/respiratory/asthma/GINA_WR_2006_copyright[1].pdf), свободный. — Загл. с экрана (01.06.2010).

Информация об авторах: 664079, г. Иркутск, Юбилейный, 100, ИГИУВ; тел. (3952) 46-79-40, 33-33-41, e-mail: vik-karet@rambler.ru
Каретникова Виктория Михайловна — ассистент кафедры,
Петрунько Ирина Леонидовна — заведующая кафедрой, к.м.н., доцент.

© КИЦУЛ И.С., ТЕРЕНТЬЕВ А.В., ГРАЧЕВ Д.И., ЛЕБЕДЕНКО И.Ю., АРУТЮНОВ Д.С. — 2010

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

И.С. Кицул¹, А.В. Терентьев², Д.И. Грачев², И.Ю. Лебеденко², Д.С. Арутюнов²

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах;

²Московский государственный медико-стоматологический университет, ректор — д.м.н., проф. О.О. Янушевич)

Резюме. В работе рассматриваются социологические аспекты зубной имплантации. Проведен социологический опрос врачей стоматологических организаций на основе которого дается современная характеристика клинических, организационных и экономических проблем в ортопедическом лечении отсутствия зубов с использованием искусственных опор.

Ключевые слова: социологический метод, дентальная имплантация, отсутствие зубов, ортопедическое лечение.

SOCIOLOGICAL ASPECTS OF MODERN TOOTH IMPLANTATION

I.S. Kitsul¹, A.V. Terentev², D.I. Grachev², I.U. Lebedenko², D.S. Arutjunov

(¹Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education; ²Moscow State Medico-Stomatological University)

Summary. In the present paper the sociological aspects of tooth implantation are considered. There has been conducted sociological questioning doctors of the stomatologic organizations, on which the modern characteristic of clinical, organizational and economic problems in orthopedic treatment of absence of teeth with use of artificial support is presented.

Key words: sociological method, tooth implantation, absence of teeth, orthopedic treatments.