

проведена консультация уролога.

В 88,7% случаев формулировка диагноза была неполной и включала в себя лишь клиническую форму заболевания, реже – стадию по Хен-Яру (64,2%). В 82,9% случаев не указаны имеющиеся аффективные расстройства, в 79,9% – вегетативные нарушения, в 67,6% – нарушения тазовых функций, в 61,8% – когнитивные расстройства. Более чем в половине диагнозов отсутствуют данные о темпе прогрессирования заболевания (64,2%), нет данных о наличии флуктуаций, дискинезий при длительной терапии препаратами леводопы (30,4%).

Минимальная частота диспансерных неврологических осмотров в поликлинике больных с БП при стабильном ответе на противопаркинсонические препараты составляет 1 раз в 3 месяца (4 осмотра в год). При наличии нестабильного ответа на противопаркинсоническую терапию, осложненных, деменции – осмотр невролога ежемесячный. Результаты нашего исследования показали, что в 57% случаев частота осмотров не соответствует требованиям стандарта. Средняя частота осмотров – $3,2 \pm 2,8$ в год.

Стартовая терапия при БП предусматривает применение агонистов дофаминовых рецепторов (АДР) у больных в возрасте до 70 лет, при отсутствии деменции, имеющих легкие или умеренные двигательные нарушения. При их недостаточности рекомендуется смена агониста или комбинация с амантадинами, ингибитором МАО. Инициальная терапия препаратами леводопы проводится у больных в возрасте старше 70 лет, при наличии деменции и тяжелых двигательных нарушениях (2,5 стадии по Хен-Яру и более).

Лечебные ошибки чаще всего были связаны с нерациональным применением препаратов леводопы (табл. 1). Более четверти больных (26,3%) получали препараты леводопы два раза в сутки. В 22,5% случаев наблюдалось раннее назначение препаратов леводопы. Согласно современной концепции постоянной дофаминергической стимуляции рекомендуется не менее трех приемов препаратов леводопы в сутки. Поддержание стабильной концентрации леводопы в крови,

обеспечивает близкую к физиологической тоническую стимуляцию дофаминовых рецепторов в стриатуме, что способствует нормализации функционального состояния постсинаптических нейронов стриатума и тем самым позволяет добиться необходимого противопаркинсонического эффекта при более низком риске развития флуктуаций и дискинезий, а также способствовать их регрессу, если они уже развились [5]. Среди других проблем леводопотерапии следует отметить позднее ее назначение у больных с выраженными двигательными нарушениями и применение чрезмерно высоких доз. Как известно, монотерапия АДР способна обеспечить достаточную компенсацию двигательного дефекта в течение ограниченного периода времени. Если на ранней стадии БП АДР по эффективности не уступают леводопе, то по мере прогрессирования заболевания эффективность АДР падает. Оптимальным на сегодняшний день считается назначение препаратов леводопы с 2,5-3 стадии по Хен-Яру [2].

В 9,6% наблюдалось применение чрезмерно низких доз пирибедила (50 мг сутки и менее). Следует помнить, что при БП минимальная суточная доза пирибедила при комбинации его с леводопой составляет 100 мг, а при монотерапии – 150 мг.

Применение антихолинэргических препаратов у больных с БП ограничено высокой частотой побочных эффектов, относительно небольшой эффективностью и целым рядом серьезных противопоказаний. Не рекомендуется их назначение у лиц старше 60 лет. Результаты нашего исследования выявили применение тригексифенидила у лиц старше 60 лет в 7,8% случаев.

Таким образом, выявлена высокая частота несоответствия диагностики и лечения установленным стандартам при БП. Совершенствование качества и повышение доступности медицинской помощи больным с БП требует активного внедрения разработанных стандартов и протоколов в клиническую практику и работу страховых компаний. Выявленные проблемы позволяют провести целенаправленную коррекцию диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Павлов Н.А., Попов Г.Р. Болезнь Паркинсона: фармакоэкономические аспекты // Тезисы I Национального конгресса «Болезнь Паркинсона и расстройства движений», 22-23 сентября 2008 г., Москва. – М., 2008. – С.173-177.
2. Левин О.С. О рациональном применении леводопы при болезни Паркинсона // Трудный пациент. – 2006. – №7 – С.59-65.
3. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. –

С.87.

4. Dodel R.C., Eggert K.M., Singer M.S., et al. Costs of drug treatment in Parkinson's disease // Movement Disorders. – 1998. – Vol. 13. №2. – P.249-254.
5. Stocchi F., Olanow C.W. Continuous dopaminergic stimulation in early and advanced Parkinson's disease // Neurology. – 2004. – Vol. 62. – P.23-27.
6. Walters E.S., van Laar T., Berendse H.W. (eds.). Parkinsonism and related disorders. – Amsterdam: YU University Press, 2007. – 186 p.
7. Warner J., Nazario B. Cost of Treating Parkinson's Rising // Movement Disorders. – 2003. – №3. – P.43-45.

Информация об авторах: 664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра неврологии и нейрохирургии, Шпрах Владимир Викторович – ректор, зав. кафедрой, д.м.н., профессор; Саютина Светлана Борисовна – доцент, к.м.н., доцент, e-mail: ain2000@rumbler.ru

© ВЕРЛАН Н.В., ПУСТОЗЕРОВ В.Г., АНАНЬЕВ А.А., КОЧКИНА Е.О. – 2012
УДК: 616.831.005.4 – 085.2.03

ОЦЕНКА ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Надежда Вадимовна Верлан, Виктор Георгиевич Пустозеров,
Александр Александрович Ананьев, Елена Олеговна Кочкина

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра клинической фармакологии, зав. – д.м.н., проф. Н.В. Верлан, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. – к.м.н., доц. В.Г. Пустозеров)

Резюме. Анализ фармакотерапии хронической ишемии мозга в стационарных условиях показал наличие проблемы рационального выбора лекарственных средств, высокую частоту назначения препаратов, не входящих в современные рекомендации, и существование полипрагмазии.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, рациональная фармакотерапия, анализ.

ASSESSMENT OF PHARMACOLOGICAL AND ECONOMIC PERFORMANCE OF TREATMENT OF CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA OF THE BRAIN IN STATIONARY CONDITIONS

Summary. The analysis of pharmacotherapy of chronic ischemia of brain in stationary conditions has shown the problem of rational choice of medical preparations, high frequency of indication of the preparations, which are not included in the modern recommendations, as well as existence of polypragmasy.

Key words: chronic ischemia of brain, rational pharmacotherapy, the analysis.

Хроническая цереброваскулярная недостаточность представляет важнейшую медико-социальную проблему вследствие высокой распространенности, в том числе у лиц трудоспособного возраста, тяжелых исходов ишемической болезни мозга. По данным ВОЗ, ежегодно от цереброваскулярных заболеваний умирает около 5 млн. человек. В России показатели смертности от сосудистых заболеваний головного мозга не только являются самыми высокими в мире, но и имеют тенденцию к увеличению [4,8,10,15]. Вопросы адекватной терапии данной патологии являются крайне актуальными. В отечественной литературе для обозначения хронической цереброваскулярной недостаточности используется термин дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ). С учетом гетерогенности синдрома ДЭ выделяется гипертоническая, атеросклеротическая формы, что предопределяет проведение соответствующей патогенетической терапии [1,3,6,12,13].

Информация по применению лекарственных средств в реальной клинической практике и качеству лекарственной терапии ДЭ может быть получена в результате фармако-эпидемиологического анализа, что позволяет разрабатывать экономически выгодные лечебные программы, повышать качество лекарственной терапии [2,11]. Для комплексной оценки клинической и экономической эффективности медицинских технологий используется методология клинко-экономического анализа [5,7,9,11].

Цель работы: проведение фармако-экономического анализа лечения ХЦИ в ряде медицинских учреждений Иркутской области методом ABC/VEN-анализа и выполнение на его основе оценки степени рациональности затрат на лечение ДЭ.

Материалы и методы

Материалом исследования послужили истории болезни пациентов (201) с диагнозом ДЭ средней степени тяжести (ДЭ II стадии), находившихся на стационарном лечении в неврологических отделениях двух медицинских учреждений. Каждый случай вносился в электронную базу данных, в которой регистрировались неперсонифицированная информация о пациентах и лечении. Сведения о назначенных лекарственных средствах (ЛС) вводились с указанием количества израсходованных единиц (ампулы, таблетки) и стоимостных показателей.

Эффективность фармакотерапии оценивалась на основании записей в истории болезни (динамика клинических симптомов, лабораторных показателей). Диагноз кодировался в соответствии с МКБ 10 пересмотра, ЛС – в соответствии с АТС (Anatomical Therapeutic Chemical) – классификацией. По итоговой сумме затрат на ЛС, для каждого ЛС был рассчитан процент затрат и кумулятивный процент, который представляет собой сумму затрат на ЛС и всех ЛС, находящихся по списку выше.

Расчет затрат денежных средств проводился в усредненных показателях цен крупных дистрибьютеров г.Иркутска. При этом выделяли три группы ЛС: группу А – 80% затрат (как правило это 10-15% от общего количества ЛС), группу В – 15% средств (или до 50% количества ЛС) и группу С – около 5% от затрат (до 40% количества ЛС). Метод позволяет определять приоритеты и целесообразность расходования средств на основе ретроспективной оценки реальных затрат [2,5,7,11].

Одновременно все ЛС на основании существующих рекомендаций по лечению ДЭ [2,5,7,11] распределяли по степени их значимости: V (vital) – жизненно-необходимые, E (essential) – важные, N (non-essential) – второстепенные препараты. Лекарственные препараты для лечения сопутствующей патологии были отнесены в группу E.

Полученные результаты обрабатывались с расчетом абсолютных и относительных величин с использованием при-

кладных компьютерных программ. В качестве характеристик выборок количественных признаков рассчитывали среднюю арифметическую выборочных значений (M) и ее стандартную ошибку (m). Для оценки статистической значимости различий количественных признаков был применен критерий t Стьюдента. Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Проведена экспертиза 201 истории болезни пациентов, лечившихся с диагнозом ДЭ II стадии. Структура пациентов ДЭ в различных стационарах не имела статистически значимых различий, что, при дальнейшем анализе частоты назначения ЛС и структуры затрат на них, позволило рассматривать их как одну группу.

Сопутствующие заболевания были отмечены у 94,5% госпитализированных пациентов. Наиболее часто имела место фоновая сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и др.) и болезни опорно-двигательной системы.

Результаты проведенного фармако-эпидемиологического анализа лечения ДЭ показали, что во всех изучаемых случаях при назначении ЛС имеет место полипрагмазия: из двенадцати наиболее часто назначаемых групп ЛС только три являлись средствами патогенетической или симптоматической терапии: гипотензивные средства, препараты, влияющие на гемостаз, и гиполипидемические агенты. Полипрагмазия носит неблагоприятный характер не только с точки зрения снижения эффективности и безопасности лечения, но и ведет к необоснованному увеличению затрат.

Полученные в нашей работе фармако-эпидемиологические данные легли в основу фармако-экономического анализа, в результате которого была показана значительная величина затрат на второстепенные ЛС. Так, на второстепенные препараты (категории «N») у госпитализированных пациентов приходилось, в целом, 28,7% финансовых ресурсов. Из этих средств основная часть (85,2%) израсходована на метаболические препараты. В настоящее время отсутствуют регламентированные схемы назначения лекарств метаболического действия и доказательства их влияния на течение ДЭ при одновременном назначении со средствами базисной терапии [12,13,14]. Однако, применение данных групп при лечении ДЭ было типичным, что расценивалось как дефект фармакотерапии. Отсутствие статистически значимых отличий между частотой использования данных ЛС в различных стационарах свидетельствует о недостаточном применении принципов доказательной медицины в реальной клинической практике.

Необходимо отметить, что в медицинских учреждениях, включенных в исследование, доли затрат на второстепенные ЛС существенно различаются. Так, в стационаре № 2 она особенно велика и составляет 44,2% средств, затраченных на приобретение ЛС, указанных выше. В учреждении №1 этот показатель составил 19,6%, что в конечном итоге свидетельствует о более рациональном использовании денежных ресурсов на приобретение ЛС.

При анализе распределения затрат на ЛС в зависимости от их степени значимости выявлено, что во всех стационарах основная часть затрат (группа А) приходится на препараты категории V и E. Обращает на себя внимание значительное увеличение во всех стационарах количества ЛС группы С (выше 40% от общего количества ЛС) и за счет этого снижение (менее 50%) количества ЛС в группе В. Это свидетельствует об отсутствии приоритетов в расходовании средств на ЛС и о необходимости проведения обучающих программ для врачей по вопросам рациональной фармакотерапии.

Анализ затрат на ЛС показал, что наличие сопутствующей патологии, как со стороны опорно-двигательной систе-

Уровень затрат на ЛС (рубли) в зависимости от наличия сопутствующей патологии (M±m) при фармакотерапии ДЭ

Группы больных ДЭ	Средняя стоимость затрат на «V» ЛС *	Средняя стоимость затрат на ЛС «Е, N» *	Средняя стоимость затрат на все ЛС*
1. Без сп (n=15)	202,35±29,35	409,80±29,65	612,15±29,46
2. Наличие сп 1 (n=131)	255,06±17,13	803,58±35,78	1058,64±34,41
3. Наличие сп 2 (n=55)	83,05±17,2	657,05±26,62	736,08±45,82
Статистическая значимость различий	t ₁₋₂ =5,21 p ₁₋₂ <0,05 t ₂₋₃ =14,60 p ₂₋₃ <0,05 t ₁₋₃ =3,71 p ₁₋₃ <0,05	t ₁₋₂ =3,15 p ₁₋₂ <0,05 t ₂₋₃ =10,56 p ₂₋₃ <0,05 t ₁₋₃ =12,14 p ₁₋₃ <0,05	t ₁₋₂ =12,38 p ₁₋₂ <0,05 t ₂₋₃ =1,72 p ₂₋₃ <0,05 t ₁₋₃ =2,01 p ₁₋₃ <0,05

Примечание: сп – сопутствующая патология; * – затраты на ЛС, предназначенные на лечение одного больного; сп 1 – сопутствующая сердечно-сосудистая патология; сп 2 – сопутствующая патология опорно-двигательной системы.

мы, так и со стороны сердечно-сосудистой системы приводит к достоверно более высоким ($p < 0,05$) затратам на ЛС. При этом статистически значимо большее увеличение уровня затрат отмечено у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (табл. 1).

Таким образом, для оптимизации лечебных программ и предупреждения нерационального расходования денежных средств как пациента, так и лечебного учреждения целесообразным является использование методов ABC/VEN-анализа. Применение данного метода может помочь изменить систему закупок ЛС с целью оптимизации структуры затрат. Необходимо исключить назначение пациентам второстепенных ЛС категории «N», составляющих значительную долю финансовых затрат на ЛС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипенко Е.А., Густов А.В. Рациональная фармакотерапия хронической ишемии головного мозга: Методические рекомендации для врачей. – СПб., 2010. – 40 с.
2. Верлан Н.В., Яворская Е.Н., Ковыришина А.Н. Фармакоэкономический анализ как инструмент управления качеством медицинской помощи // Актуальные вопросы клинической фармакологии: Сб. научн. трудов. – Иркутск, 2011. – С.57-59.
3. Волошин В.П. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. – 3-е изд. доп. – М.: Медпресс-информ, 2005. – 688 с.
4. Вялков А.И., Катлинский А.В., Воробьев П.А. Стандартизация, фармакоэкономика и система рационального лекарственного обеспечения населения // Пробл. стандарт. в здравоохран. – 2000. – №4. – С.3-6.
5. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение: Методич. рекомендации. – М., 2005. – 48 с.
6. Зырянов С.К., Белоусов Ю.Б. ABC/VEN-анализ: Методические рекомендации. – М., 2004. – 15 с.
7. Кадыков А.С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). – СПб.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 236 с.
8. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8. №8. – С.72-79.
9. ОСТ «Клинико-экономические исследования. Общие положения» 91500.14.0001-2002. // Пробл. стандарт. в здравоохран. – 2002. – №5. – С.55-67.
10. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: итоги и перспективы // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2007. – Т. 1. №1. – С.10-16.
11. Танковский В.Э., Шаширица Н.Г., Котляцкая Е.Е., Григорьев С.В. Методы экономических оценок в практике здравоохранения (опыт фармакоэкономики) // Экономика здравоохранения. – 2001. – №9. – С.23-26.
12. Трошин В.Д., Густов А.В., Смирнов А.В. Сосудистые заболевания нервной системы: Рук-во. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2006 – 538 с.
13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). – Вып. XII. – М.: Эхо, 2011. – 956 с.
14. Evidence-Based Health Care / J.A. Muir Gray. – 1997. – 56 с.
15. De La Paz R.L. Cerebrovascular disease // Am.J. Neuradiol. – 2007. – №28. – P.1197-1199.

Информация об авторах: Верлан Надежда Вадимовна – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, 664079, Иркутск, Юбилейный, 100, ИГМАПО e-mail: klinpharm@mail.ru, тел. (3952) 536592;
Пустозеров Виктор Георгиевич – заведующий кафедрой, к.м.н., доцент;
Ананьев Александр Александрович – к.м.н., доцент; Кочкина Елена Олеговна – ординатор.

© АГАПИТОВ А.Е., ПИВЕНЬ Д.В., МАКСИКОВА Т.М. – 2012
УДК 614.212.077(571.53)

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ, ОЦЕНКА ПЕРСПЕКТИВ

Александр Евгеньевич Агапитов¹, Дмитрий Валентинович Пивень¹, Татьяна Михайловна Максикова^{2,3}

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. – д.м.н., проф. Д.В. Пивень;
²Иркутский областной врачебно-физкультурный диспансер «Здоровье», гл. врач – д.м.н., проф. Г.И. Губин;
³Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н. А.Н. Калягин)

Резюме. Рассмотрено позитивное влияние второго этапа приоритетного национального проекта «Здоровье» на развитие профилактической медицины и первичной медицинской профилактики в первичном звене здравоохранения. Определено значение индивидуального консультирования посетителей центров здоровья, как важного функционального элемента эффективности их деятельности, ведущего фактора идеологии превентологической диспансеризации населения.

Ключевые слова: профилактическая медицина, первичная медицинская профилактика, центры здоровья, индивидуальное консультирование населения, превентологическая диспансеризация.

THE RESULTS OF ACTIVITIES OF HEALTH CENTERS IN IRKUTSK REGION: ANALYSIS OF RESULTS, EVALUATION OF PROSPECTS