

ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАРМАКОЭКОНОМИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ НА ЮГЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Н.В. Багишева

МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н. Кабанова»

Реферат. Изучена распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в крупном промышленном центре Западной Сибири — г. Омске, оценены затраты на лечение пациентов в условиях амбулаторной и стационарной помощи. По результатам обращаемости за медицинской помощью распространенность составила 1,02%, по данным анкетирования — 14,0%, по результатам аутопсий — 26,4%. Основную часть прямых затрат составляет стационарная помощь, которую получает лишь 21% всех больных ХОБЛ. Внедрение базисной терапии в амбулаторной практике и обеспечение пациентов лекарственными препаратами в рамках дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) позволит значительно сократить прямые, не прямые и нематериальные затраты при ХОБЛ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, распространенность, затраты.

ISSUES OF EPIDEMIOLOGY AND PHARMACOECONOMICS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE IN LARGE INDUSTRIAL CENTRE IN THE SOUTH OF WESTERN SIBERIA

N.V. Bagisheva

Omsk City Clinical Hospital № 1 by A.N. Kabanov

Abstract. Prevalence of chronic obstructive lung disease (COLD) was investigated in a big industrial centre of the Western Siberia, Omsk city. Expenditures for the curing of patients under the conditions of out-patient treatment and in-patient departments were estimated. According to results of patients appealing for the medical help, the prevalence was 1,02%, according to data of questionnaire — 14,0%, the results of autopsy — 26,4%. The main part of direct expenditures is formed by in-patient department aid, only 21% of patients with COLD get it. Introduction of basic therapy in out-patient practice and ensuring of patients with medicinal preparations in the frameworks of additional medicinal providing (AMP) makes it possible to reduce direct, indirect and unfinancial expenditures in COLD.

Key words: chronic obstructive lung disease, prevalence, expenditures.

ХОБЛ — хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо неполностью и значительными системными проявлениями. Ограничение скорости воздушного потока является прогрессирующим и связано с патологическим воспалительным ответом легких на патогенные частицы или газы, которое можно предупредить и лечить [1, 2, 3].

Основными этиологическими факторами ХОБЛ являются: курение табака, профессиональная пыль, аэрополлютанты, климатогеографические условия. Комплекс этих факторов в большей или меньшей степени воздействует на человека на территории г. Омска. В последние десятилетия сложилась ситуация, когда интенсивность техногенного загрязнения атмосферного воздуха превышает скорость развития адаптационных возможностей организма, направленных на нейтрализацию вредных веществ.

В 1990 г. в странах с развитой рыночной экономикой распространенность ХОБЛ на 1000 мужчин/женщин составила 6,98/3,79, в бывших социалистических странах Европы — 7,35/3,45. По данным ВОЗ, средние цифры распространенности ХОБЛ составляют 9,34 случаев на 1000 человек среди мужчин и 7,33 мужчин на 1000 среди женщин, в регионах с наибольшей распространенностью курения до 80—100 случаев на 1000 [1, 2], в России — 12,3% при наибольшей распространенности в Западно-Сибирском регионе до 45 случаев на 1000 человек. В России согласно эпидемиологическим данным должно

быть около 11 млн больных ХОБЛ, а по данным обращаемости в официальной статистике зарегистрировано всего около 500 тыс., из них практически 100% лица с ХОБЛ III—IV степени тяжести. Очевидно имеет место крайне низкий уровень диагностики данного заболевания, что неизменно сказывается на течении патологического процесса и затратах общества как медицинских, так и немедицинских, обусловленных данной патологией.

Для изучения распространенности заболевания используются данные, основанные на самооценке респираторных симптомов; наличии ограничения воздушного потока; врачебном диагнозе и результатах патологоанатомических исследований.

Высокий уровень распространенности ХОБЛ неизбежно определяет значительные расходы, связанные с заболеванием, которые могут представлять серьезную социальную и экономическую проблему для общества, населения и органов здравоохранения, так как убытки от болезни понесут все.

Методология оценки затрат, связанных с ХОБЛ, разработана недостаточно, и исследования, посвященные этой проблеме, немногочисленны. Затраты подразделяются на прямые (связанные с оплатой медикаментов, госпитализацией), не прямые (листы нетрудоспособности, инвалидность) и нематериальные (страдания больного и членов его семьи, принесенные данной болезнью).

По литературным данным, не прямые затраты в 2—3 раза превышают прямые. Прямая стоимость ХОБЛ, по данным ВОЗ, составляет 20—60% от общей

стоимости заболевания, по Омской области (1997) — 26% [4, 5].

Цель — изучение распространенности и фармакоэкономических аспектов терапии ХОБЛ в крупном промышленном центре на юге Западной Сибири.

Материал и методы. Заболеваемость ХОБЛ по обращаемости получена из ежегодных информационных сборников основных показателей медицинского обеспечения населения и деятельности муниципальных учреждений здравоохранения г. Омска [6]. Стоимость лечения в стационаре, медикаментозной терапии ХОБЛ рассчитана на основании нормативных документов территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС).

Для проведения анкетирования нами была взята стандартная балльная оценка симптомов, где по 4-балльной шкале оценивалась выраженность кашля, одышки, количество мокроты, интенсивность и продолжительность курения, наличие или отсутствие факторов риска, аллергии, продолжительность их воздействия на организм. 0 баллов — минимальная выраженность, 1 балл — умеренная, 2 балла — значительная, 3 балла — максимальная выраженность. Минимальное количество баллов — 0, максимальное — 18. Сумма баллов: 0—2 — риск развития отсутствует или минимален (1-я группа), 3—6 — высокий риск развития ХОБЛ или уже имеются начальные проявления болезни (2-я группа), 7 и более баллов — высока вероятность наличия ХОБЛ, требуется лечение (3-я группа).

Анкеты лично заполнялись лицами, посещавшими поликлиники города по различным причинам (болезнь, профосмотры и т.д.). Опрошено 400 человек, из них 45% мужчин и 55% женщин, средний возраст составил (46,27±14,3) года.

Для определения распространенности ХОБЛ по результатам патолого-анатомических вскрытий сделаны выкопировки из протоколов аутопсий (1121 протокол) одной из крупных прозектур г. Омска всех доставленных в данное учреждение в 2005 г. и умерших от различных причин. Для определения частоты встречаемости ХОБЛ (J.44) учитывалось указание в клиническом и патолого-

анатомическом диагнозе на наличие данной патологии, макро- и микроскопическое описание бронхиального дерева, состояние легочной ткани.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «BIOSTAT» и «EXEL». Достоверность различий между группами определялась с помощью коэффициента χ^2 . Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По данным обращаемости, распространенность ХОБЛ среди взрослого населения г. Омска в 2000 г. составляла 0,53%, к 2007 г. увеличилась до 1,02% (практически в 2 раза). В связи с изменением номенклатуры и разделением в международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) хронического бронхита (J. 42) и ХОБЛ (J. 44) произошло перераспределение части больных между этими группами. Качество же диагностики, к сожалению, практически не изменилось, поэтому приведенные цифры далеки от данных эпидемиологических исследований (табл. 1).

По данным анкетирования, получены следующие результаты:

1-я группа — 24% (96 чел.), которые не курили, не имели контакта с производственными вредностями и не предъявляли каких-либо жалоб со стороны бронхолегочной системы, 2-я группа — 62% (248 чел.), 3-я группа, имеющие все признаки ХОБЛ и требующие лечения — 14% (56 пациентов). 32% опрошенных работали или продолжают работать в условиях, связанных с повышенной загазованностью или воздействием аэрополлютантов, 30% продолжают курить, несмотря на наличие у них клинических проявлений заболевания (табл. 2).

У 14% населения, судя по их самооценке, имеются клинические проявления ХОБЛ. А 62% населения должны быть включены в группу повышенного риска по развитию заболевания, которая требует тщательного обследования и диспансерного наблюдения.

По результатам аутопсий, процент посмертной диагностики ХОБЛ по наличию макро- и микроскопических изменений бронхиального дерева значительно выше, чем по обращаемости. По материалам результатов

Таблица 1

Данные по распространенности ХОБЛ в г. Омске, основанные на врачебном диагнозе

Распространенность ХОБЛ		2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Численность постоянного населения г. Омска	—	1462,7	1451,4	1461,2	1414,2	1408,1	1399,8	1399,7	1392,4
ХОБЛ у детей 0—14 лет	Всего	303	220	175	276	166	140	187	27
	Впервые	98	61	57	107	46	46	78	6
ХОБЛ у детей 15—17 лет	Всего	115	103	134	71	61	56	31	27
	Впервые	26	30	40	25	17	12	11	6
Хр. бронхит у взрослых	Всего	38958	36442	34598	35200	40716	33735	33926	30152
	Впервые	3692	4262	3689	3657	8759	4094	4209	3100
ХОБЛ у взрослых	Всего	7816	10246	10112	12064	12090	13071	14184	14155
	Впервые	744	644	596	924	1066	1569	2051	1680

Таблица 2

Распространенность ХОБЛ по результатам анкетирования

Группа	Абс. число	%	На 100 000 населения
1-я группа (0—2 балла)	96	24,0	24000,0*
2-я группа (3—6 баллов)	248	62,0	62000,0*
3-я группа (7 и более баллов)	56	14,0	14000,0*

* $p < 0,05$.

аутопсий, установлено, что признаки ХОБЛ были обнаружены в 26,4% случаев (табл. 3).

Таблица 3

Клинические и патолого-анатомические изменения, характерные для ХОБЛ по данным аутопсий

	Кол-во (абс. число)	На 100 000 умерших	%
ХОБЛ в клинических и патолого-анатом. диагнозах	296	26400,14	26,40
Макроскопические изменения бронхиального дерева	659	58786,79	58,79
Микроскопические изменения бронхиального дерева	419	37377,34	37,38

Следует отметить, что при микро- и макроскопическом исследовании аутопсийного материала, изменения, характерные для хронического воспалительного процесса с последующим формированием обструктивного компонента, встречались гораздо чаще (до 58,79%), поэтому можно предположить, что у части обследованных пациентов при жизни диагноз ХОБЛ выставлен не был. Таким образом, показатели распространенности ХОБЛ при использовании различных методов значительно отличаются (табл. 4).

Таблица 4

Распространенность ХОБЛ в г. Омске по результатам различных методов исследования

Метод исследования	%	На 100 000 населения
По обращаемости	1,02	1020,0
Анкетирование	14,0	14000,0
Патолого-анатомический	26,4	26400,14

Знание реальных цифр распространенности ХОБЛ в каждом регионе крайне важно для правильной организации лечебно-профилактических мероприятий и планирования экономических затрат, так как данная патология сопряжена с высокими прямыми, косвенными и нематериальными затратами.

Основой базисной терапии ХОБЛ являются бронхолитики, из которых предпочтение должно отдаваться М-холинолитикам [7, 8].

По нашим данным, стоимость лечения для пациента ипратропиумом бромидом (атровентом) в средних ценах по г. Омску в 2009 г. на 1 мес составила 431,5 руб., на 1 год — 5178 руб. (154,79\$ US). При использовании пролонгированного М-холинолитика тиотропиума бромида (спиривы) на 1 мес — 2396 руб., на 1 год — 28752 руб. (859,55\$ US).

Из 14155 больных, зарегистрированных в г. Омске с диагнозом ХОБЛ, лишь 52% (7352) находятся на диспансерном учете, периодически обращаются за медицинской помощью и получают медикаментозную терапию. Из них в 2008 г. стационарное лечение получили 1578 (21%) — это пациенты в тяжелой и крайне тяжелой стадии заболевания, не получающие или не желающие получать базисную терапию, глубокие инвалиды, не имеющие перспектив к восстановлению трудоспособности. Затраты на лечение одного больного ХОБЛ в стационаре при среднем пребывании 13,9 койкодня составили 35 834,2 руб. (стоимость 1 койкодня в пульмонологическом отделении на основании нормативных документов

территориального фонда ОМС составляет 2578 руб. в ценах 2009 г.) или всего по г. Омску 56 546 367,6 руб. (1 690 474,37\$ US). Обеспечение больных ХОБЛ г. Омска (7395 чел.), нуждающихся в настоящее время в лечении базисным препаратом атровент на 1 год, составляет в ценах 2009 г. 38 291 310 руб. (1 144 732,74 \$ US), что значительно дешевле по прямым затратам, чем лечение 21% больных ХОБЛ в стационаре. В настоящее время сложилась ситуация, когда препараты для базисной терапии больные ХОБЛ, не имеющие федеральной льготы, вынуждены приобретать из личных средств, что доступно далеко не каждому, а лечение в стационаре происходит за счет государственного бюджета. Если учесть, что через стационары города прошел только 21% больных ХОБЛ и соотнести эти затраты со стоимостью базисной терапии, то постоянная М-холинолитическая терапия всех нуждающихся обойдется бюджету в 4,5 раза дешевле терапии обострений. Если прибавить не прямые и скрытые потери, то сумма возрастет в 3—4 раза. В сравнении с прямыми затратами на стационарное лечение годичный курс атровента соответствует 2,01 дня, а спиривы — 11,15 дня пребывания в пульмонологическом отделении стационара (не учитывая частую необходимость лечения больного в палате интенсивной терапии или отделении реанимации, где стоимость лечения возрастает в 1,5—2 раза).

Таким образом, только комплексная оценка полученных различными способами данных позволит приблизиться к реальной оценке распространенности ХОБЛ, что имеет большое социальное, медицинское и экономическое значение.

С точки зрения экономической целесообразности, своевременная диагностика и адекватная терапия помогут сократить прямые затраты на лекарственные препараты, косвенные и нематериальные затраты больных. Обеспечение больных ХОБЛ базисными препаратами за счет регионального или федерального бюджета позволит избежать обострений и госпитализаций при ХОБЛ, сохранить трудоспособность, отсрочить инвалидизацию лиц трудоспособного возраста, улучшить качество жизни. Работа, направленная на правильную организацию помощи и обеспечение пациентов бесплатными препаратами для базисной терапии ХОБЛ, позволит сократить затраты бюджета на стационарное лечение, которое является более затратным, чем амбулаторно-поликлиническая помощь.

Выводы:

1. Показатели распространенности ХОБЛ, полученные различными методами, значительно отличаются (по данным обращаемости — 1,02%, по результатам опросника — 14,0%, по материалам аутопсий — 26,4%).
2. Уровень диагностики ХОБЛ на этапе первичного звена до настоящего времени остается крайне низким (по данным обращаемости — 1,02%).
3. Своевременная диагностика и рациональная базисная терапия являются экономически целесообразными при ведении пациентов, страдающих ХОБЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2003 г. — М.: Атмосфера, 2003. — 95 с.
2. Стандарты по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких (ATS/ERS, пересмотр 2004.): пер. с англ. / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2005. — 96 с.

3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2006 г. — М.: Атмосфера, 2007. — 95 с.
4. Резников, С.Г. Хронические неспецифические заболевания легких / С.Г. Резников, О.П. Голева. — Омск, 1998. — 133 с.
5. Фармакоэкономические аспекты терапии болезней органов дыхания / Н.В. Овсянников [и др.] // Фармакоэкономические исследования как основа повышения эффективности здравоохранения / под ред. А.В. Гришина.—Омск, 2004.—С.175—193.
6. Омский областной статистический ежегодник: в 2 ч.: офиц. изд. / Федер. служба гос. статистики; ред. А.А. Агеенко. — Омск, 2005. — Ч. I. — 241 с.
7. Чучалин, А.Г. Хронические обструктивные болезни легких / А.Г. Чучалин. — М.: БИНОМ, 2000. — 509 с.
8. Фоминых, С.Г. Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых при заболеваниях органов дыхания: учеб. пособие / С.Г. Фоминых, С.В. Скальский; Омская гос. мед. акад. — Омск, 2005. — 140 с.

© Н.Э. Белянская, Д.И. Абдулганиева, 2009

УДК 616.72-002.77+616.33/.34-031.21-07+616.3-008.3

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н.Э. Белянская, Д.И. Абдулганиева

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,
кафедра госпитальной терапии

Реферат. В ходе проведенного исследования были изучены особенности патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 21 больного ревматоидным артритом: диспептические жалобы, эндоскопические изменения слизистой оболочки, состояние интрагастральной и внутрипищеводной кислотности. При анализе полученных результатов была выявлена высокая частота диспептических жалоб и эндоскопических изменений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных ревматоидным артритом по сравнению с контрольной группой. Одной из причин выявленных особенностей может являться высокий уровень интрагастральной соляной кислоты.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, диспепсия, желудочно-кишечный тракт, кислотность.

PATHOLOGY OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

N.E. Belyanskaya, D.I. Abdoulganiyeva

Kazan State Medical University, Department of Hospital Therapy

Abstract. In our study we studied pathology of upper gastrointestinal tract in 21 patients with rheumatoid arthritis: dyspepsia, endoscope findings of upper gastrointestinal mucosa, acidity of the stomach and esophagus. Our data showed a high rate of dyspepsia and endoscope changes in rheumatoid arthritis patients in comparison with control group. One of the explanations of this findings may be high acidity of the stomach.

Key words: rheumatoid arthritis, dyspepsia, gastrointestinal tract, acidity.

Патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявляется не менее, чем у 13—62% больных ревматоидным артритом (РА). Природа патологических изменений органов пищеварения обусловлена не только проявлением системности воспаления, но и повреждающим воздействием лекарственных средств, которые пациенты вынуждены принимать постоянно: нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), глюкокортикоидов, цитостатических препаратов и их комбинаций [3, 8].

Клинически поражения ЖКТ проявляются субъективными неприятными ощущениями: болями, дискомфортом и чувством тяжести в эпигастральной области, изжогой, отрыжкой, тошнотой; эндоскопически — поверхностными изменениями слизистой оболочки в виде гиперемии с подслизистыми кровоизлияниями, а также различной глубины эрозивно-язвенными дефектами [5].

Даже при отсутствии эндоскопических изменений ЖКТ диспепсия оказывает неблагоприятное влияние на качество жизни и приводит к существенным материальным затратам, поскольку является частой причиной для обращения за медицинской помощью, проведения дорогостоящих диагностических процедур и длительного приема различных препаратов для ее купирования [2].

Одним из факторов, влияющих на развитие патологии верхних отделов ЖКТ, может также являться уровень интрагастральной соляной кислоты, что подтверждается использованием антисекреторных препаратов для ее профилактики и лечения [2]. Существуют единичные работы, посвященные изучению кислотообразования в желудке у больных РА. Данные, полученные в ходе исследований, противоречивы [1, 6, 7].

Целью исследования явилось изучение частоты синдрома диспепсии, эндоскопических изменений ЖКТ, кислотообразующей функции желудка и внутрипищеводного уровня кислотности у больных РА.

Материал и методы. В исследование проспективно был включен 21 больной РА: мужчины и женщины, средний возраст которых составил (43,62±14,01) года с длительностью заболевания 9,95±8,15. Все больные не менее 1 мес принимали НПВП (диклофенак натрия) в средних терапевтических дозах (100—150 мг в сут). Контрольную группу составили 14 практически здоровых добровольцев, у которых в анамнезе отсутствовали ревматические заболевания и заболевания ЖКТ, при проведении фиброгастроудоденоскопии (ФГДС) слизистая оболочка верхних отделов пищеварительного тракта оценивалась как практически неизменная.