

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАТРАТ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Л. Б. Васькова, Р. М. Заславская, Ю. Р. Болсуновская

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

Поступила в редакцию 05.02.2011 г.

Аннотация. Неуклонный рост числа заболеваний сердечно-сосудистой системы в России, приводит к ранней инвалидизации, смертности, снижению качества жизни населения. Затраты на лечение ложатся на фонды медицинского страхования и на самого пациента, и ежегодно эти затраты только возрастают. Необходимо в условиях кризиса и ограниченного финансирования стационаров более рационально использовать выделяемое финансирование. В работе проведено исследование двух групп больных, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), получающих терапию препаратами кардикет и моночинкве в стационаре. Все больные — мужчины возраста 60—75 лет. Была дана оценка социально-демографической структуры больных с ИБС, проведен анализ клинико-экономических параметров и используемого ассортимента, была дана фармакоэкономическая оценка проведенного лечения и оценка качества жизни (КЖ) больных до и после лечения. Было выявлено улучшение параметров КЖ больных с ИБС.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, кардикет, моночинкве, качество жизни.

Abstract. Non failing growth of the number of cardiovascular diseases in Russia leads to the fact that people become handicaps early, may lead to death, lower quality of life of population. The cost of treatment is taken on by medical insurances and the patient him/ or herself, and annually the cost only grows. It is necessary, while there is an economic crisis, and limited budget have more rationale in use of the available funds. There has been done a research, in the work process, of two groups of patients, who had ischemic heart disease, who were receiving cardiket and monochinkve inpatient therapy. There has been done an appraisal of social-demographic structure of patients with coronary heart disease, there has been conducted analysis of clinical-economical parameters of the assortment that has been used, Was given pharmacoecconomical appraisal of the conducted treatment and appraisal of the quality of life. QUAL of the patient's with the disease before and after the treatment. It has been proven an improvement of quality of life in the patients with coronary heart disease.

Keywords: coronary heart disease, cardiket, monochinkve, quality of life.

ВВЕДЕНИЕ

Число пациентов, которым был поставлен диагноз, связанный с заболеваниями систем кровообращения ежегодно возрастает в нашей стране (рис. 1).

Смертность от заболеваний систем кровообращения занимает одно из первых мест среди всех причин смертности в Российской Федерации. Так, среди всех причин смертности населения в Российской Федерации в 1999 г. (2,14 млн. умерших) болезни системы кровообращения составили 55,4% (1,18 млн. умерших), в их числе: ишемическая болезнь сердца — 46,9% (556,7 тыс. умерших). Таким образом, в половине случаев причиной смерти в РФ являются болезни системы крово-

обращения, а в их структуре около половины составляет ИБС [1]. В 2006 году общая смертность от основных классов заболеваний на 100000 человек составила 1521 человек, из них 860 пришлось на болезни системы кровообращения (по данным Росстата), при этом смертность от ИБС составила 426,5. Таким образом, в значительном числе случаев причиной смерти в РФ являются болезни системы кровообращения, а в их структуре около половины составляет ИБС. Смерть в трудоспособном возрасте ведет к потере валового внутреннего продукта (ВВП) за оставшийся период трудоспособности. ИБС является причиной более 6% госпитализаций — более 1,4 млн. по данным за 1999 г. — и временной потери трудоспособности в 2,3 млн. дней. Значительная часть пациентов имеет инвалидность (рис. 2). Все это существенно увеличивает нагрузку на Фонды обязательного и

© Васькова Л. Б., Заславская Р. М., Болсуновская Ю. Р., 2011

добровольного медицинского страхования. Расходы, связанные с ИБС, ложатся тяжелым бременем на систему здравоохранения и социального обеспечения, пациентов и их родственников [2].

МЕТОДИКА ЭКСПЕРИМЕНТ

Исследование проводилось на базе городской больницы №60 в период 2009—2010 гг. В исследовании принимали участие лица мужского пола в возрасте 60—75 лет (в среднем 66 лет) без сахарного диабета. Общая выборка составила 40 человек. Первая группа, общим числом 20 пациентов, получала в качестве основной терапии изосорбида динитрат (Кардикет 20 мг) — КСГ №1, вторая группа — 20 пациентов — изосорбида мононитрат (Моночинкве) — КСГ №2. В работе использованы данные ЭКГ в 12 измерениях, а

также проводились общепринятые клинко-лабораторные исследования. Был использован Ноттингемский опросник качества жизни (NHR), включающий в себя 6 сфер (сон, эмоциональное состояние, боль, физическая активность, социальная изоляция, энергия). У всех больных имелась ИБС, стабильная стенокардия II и III функционального класса. Сопутствующими заболеваниями были артериальная гипертензия, хроническая ишемия головного мозга и другие.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При анализе социально-демографической структуры больных было выявлено, что в КСГ №1 преобладали пациенты со второй группой инвалидности (80%), а в КСГ №2 — с третьей (80%). В КСГ №1 преобладали женатые (45%) мужчины,

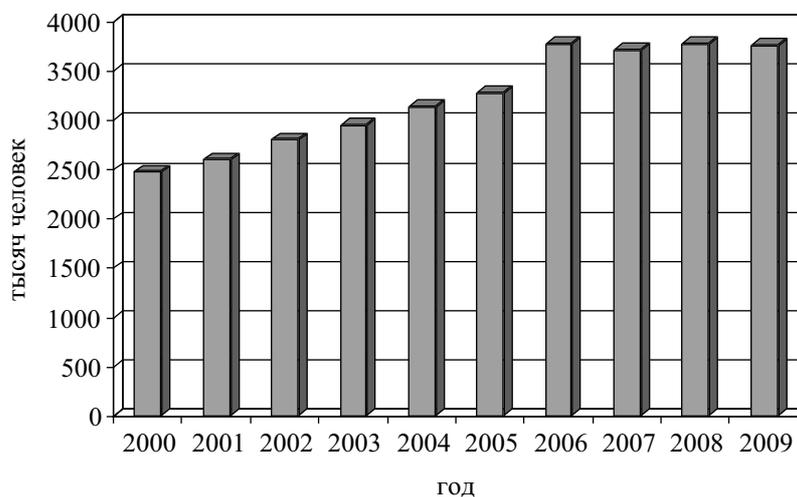


Рис. 1. Динамика заболеваемости, зарегистрированной с группой диагнозов «болезни систем кровообращения», установленных впервые в жизни (данные Минздравсоцразвития России, расчет Росстата) [3]

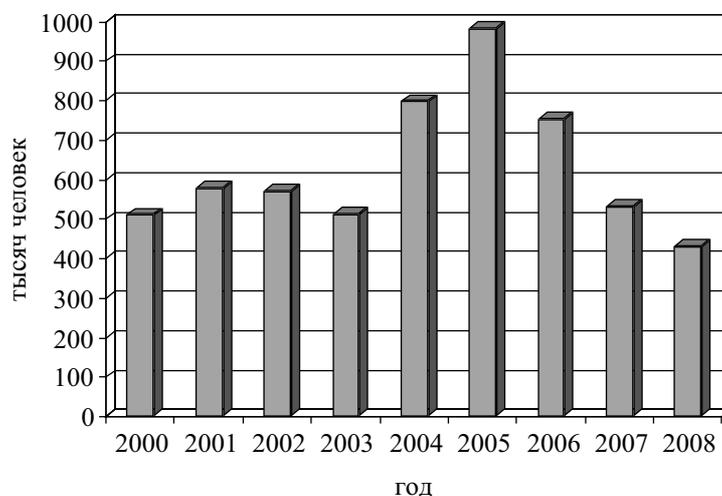


Рис. 2. Число лиц, впервые признанных инвалидами по диагнозам «болезни систем кровообращения» (данные Минздравсоцразвития России, расчет Росстата) [3]

доля тех, кто живет один, составляла 25%, проживающих в семье — 30%. В КСГ №2 — 80% мужчин живут в семье, а доля тех, кто женат и живет один, составляла 15% и 5% соответственно. В обеих клинико-статистических группах значительно преобладали пациенты со средним специальным образованием (80% в КСГ №1 и 70% в КСГ №2).

Анализ клинико-экономических параметров показал, что средняя длительность госпитализации составила 19 койко-дней для обеих КСГ. В КСГ №2 максимальная длительность госпитализации была 25 койко-дней, а в КСГ №1 — 22 койко-дня. Длительность госпитализации пациентов со стенокардией третьего функционального класса выше, чем второго функционального класса.

При сравнении удельного веса сердечно-сосудистых патологий, выявлено, что удельный вес стенокардии напряжения 2-го функционального класса в КСГ №1 составляет 70%, а в КСГ №2 — 30%. Удельный вес стенокардии напряжения 3-го функционального класса в КСГ №1 составил — 30%, а в КСГ №2 — 70%. В КСГ №1 гипертоническая болезнь отмечена у 80% пациентов, а в КСГ №2 — у 95%.

Анализ используемого ассортимента ЛП по частоте назначения (ЧН) показал, что для лечения больных ишемической болезнью сердца было использовано 39 ЛП из 22 фармакотерапевтических групп, в КСГ №1 и 49 ЛП из 20 фармакотерапевтических групп в КСГ №2. В КСГ №1 кардикет назначался в 100% случаев, Тромбо АСС — в 90% случаев. В КСГ №2 Моночинкве назначался в 100% случаев, Тромбо АСС в 95% случаев. Из группы ноотропных препаратов в КСГ №1 были назначены: Пирацетам (ЧН 30%), Пикамилон (ЧН 5%) и Церебролизат (ЧН 5%). Большой удельный вес занимают антигипертензивные препараты. При анализе антигипертензивных препаратов в группе, принимающей кардикет, было выявлено, что чаще всего использовались такие препараты, как: Нолипрел, Индапамид и Лозап с ЧН 15%, 45%, 20% соответственно. В КСГ №2 из группы антигипертензивных ЛП чаще всего назначались такие препараты, как: Эналаприл, Амлодипин и Лазикс с ЧН 25%, 30%, 30% соответственно.

Была проведена фармакоэкономическая оценка затрат на проведенное лечение. Суммарные затраты на лечение основного заболевания в КСГ №1 составили: 9720,18 руб. и в процентном значении от общей суммы затрат — 52,6%. Установлено, что основной удельный вес в КСГ №1 на лечение ИБС

приходится на затраты на антиангинальные препараты (16,3%). Также большую часть занимают бета-адреноблокаторы и антигипоксические средства (5,43% и 4,8% соответственно). При анализе затрат на сопутствующую терапию было выявлено, что основной удельный вес приходится на антигипертензивные препараты (20,07%). Суммарные затраты на лечение сопутствующих заболеваний составили: 8772,02 руб. и в процентном значении относительно общей суммы затрат — 47,4%. Общая сумма затрат на фармакотерапию основного и сопутствующего заболевания составила 18492,2 руб. Суммарные затраты на лечение основного заболевания в КСГ №2 составили 14088,61 руб. и в процентном значении от общей суммы затрат — 60,2%. Суммарные затраты на лечение сопутствующих заболеваний составили 9323,39 руб. и в процентном значении относительно общей суммы затрат — 39,8%. Общая сумма затрат на фармакотерапию основного и сопутствующего заболевания составила 23412 руб.

При оценке качества жизни пациентов до и после лечения с помощью Ноттингемского профиля здоровья (НПЗ), нами было выявлено, что заметно улучшилось состояние пациентов по сферам: боль, энергичность и эмоциональные реакции. Для остальных сфер различия менее выражены (рис. 3, 4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами проанализированы данные по росту смертности и инвалидности по причине сердечно-сосудистой патологии в России, что показывает социальную значимость проблемы. Рассчитаны затраты проведенного лечения, которые для группы кардикета составили 9720,18 руб, в группе моночинкве — 14088,61 руб, что показывает, какое финансовое бремя несет лечение сердечно-сосудистых патологий и как важно рационально подходить к терапии данной нозологии. Выявлены основные сопутствующие нозологии у данной категории больных (в том числе гипертоническая болезнь в 80% случаев в группе кардикета и 95% — случаев в группе моночинкве). Проведен анализ используемого ассортимента по ЧН, как по каждому лекарственному препарату в отдельности, так и по фармакотерапевтическим группам, показано какая часть средств в каждой из групп идет на лечение основного заболевания и сопутствующих нозологий (в КСГ №1 на фармакотерапию основного заболевания приходится 52,6%, в КСГ №2 — 60,2% от общей суммы затрат на фармакотерапию).

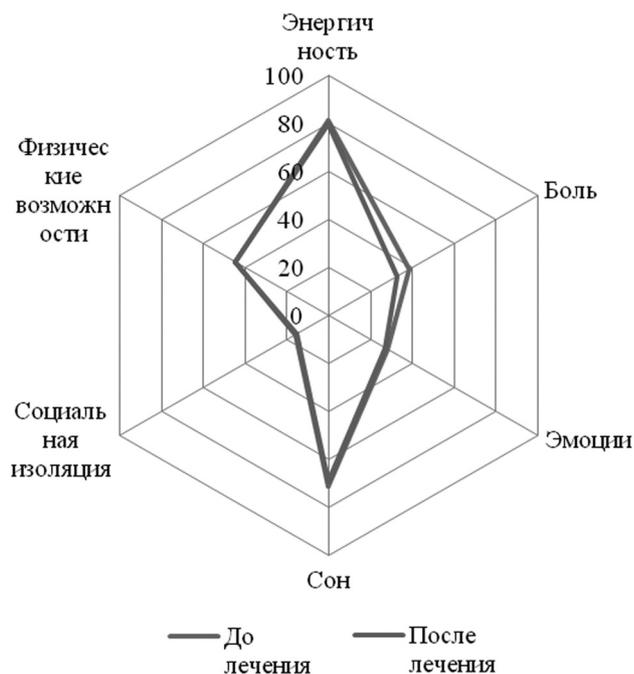


Рис. 3. Профиль КЖ больных на фоне терапии кардикетом (КСГ №1)

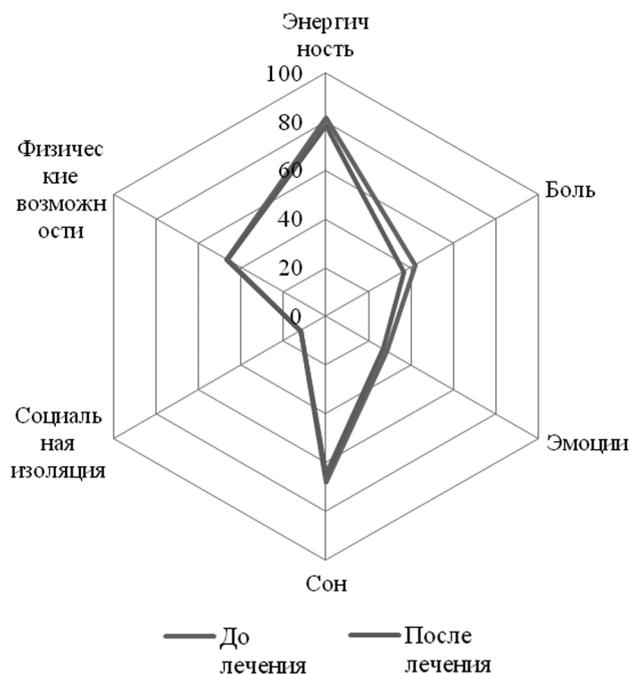


Рис. 4. Профиль КЖ больных на фоне терапии моночинкве (КСГ №2)

Наличие таких данных позволяет рационально планировать выделяемые стационару ресурсы. Проведенная оценка качества жизни пациентов с помощью Ноттингемского опросника показала, что наибольшие изменения были выявлены в группе пациентов, получавших моночинкве, чем в группе кардикета, по показателям боль, энергичность и эмоциональные реакции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 (1999) г. (статистические материалы). М., 1999 (2000).
2. Клинико-экономическая экспертиза моно- и динитратов при стенокардии Е. В. Шляхто, Е. Н. Семернин, П. А. Федотов, О. И. Карпов. — Качественная Клиническая Практика 2003;2:72—80.
3. Gsk.ru

Васькова Л. Б. — к.ф.н., доцент кафедры организации и экономики фармации I МГМУ им. И. М. Сеченова

Vaskova L. B. — Ph.D., assistant professor of organization and economics of pharmacy I. M. Sechenov MG MU

Заславская Р. М. — д.м.н., профессор, Городская клиническая больница № 60

Zaslavskaya R. M. — MD, professor, City Clinical Hospital № 60

Болсуновская Ю.Р. — аспирант кафедры организации и экономики фармации, I МГМУ им. И. М. Сеченова; e-mail: Bolsunovskay@mail.ru, тел.: (916) 9318231

Bolsunovsky Y. R. — post-graduate student of organization and economics of pharmacy department, I. M. Sechenov MG MU; e-mail: Bolsunovskay@mail.ru, tel.: (916) 9318231