

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Л. Б. Васькова, Н. В. Романцева, И. Е. Грознова

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Поступила в редакцию 27.05.2011 г.

Аннотация. Артериальная гипертензия является частой причиной развития сердечно-сосудистых осложнений (прежде всего инфаркта миокарда и инсульта), а также увеличивает риск общей смертности. Фармакотерапия артериальной гипертензии фактически связана с ежедневным приемом лекарств, сопряженным с дальнейшим привыканием к ним, снижением гипотензивного эффекта и вынужденным приемом комбинированных лекарственных препаратов, зачастую с высокой стоимостью. Необходимо отметить еще один важный фактор — качество жизни больных, которое связано не только с физическим и психологическим аспектом состояния больного, но и его экономической стороной.

Ключевые слова: фармакоэкономика, качество жизни, артериальная гипертензия.

Abstract. Hypertension is a common cause of development of cardiovascular disease (primarily myocardial infarction and stroke), and as well as it increases the risk of total mortality. Pharmacotherapy of arterial hypertension in fact related to the daily medication, which leads to drug tolerance, lowering of hypertension effect and induces the use of combined drugs, often at high cost. There is need to notice one more important factor — quality of life of patients, which is associated not only to physical and psychological aspects of the patient, but also with economical aspects.

Keywords: pharmacoeconomics, quality of life, hypertension.

ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшей медико-социальной проблемой. Широкая распространенность АГ во взрослой популяции, ее неблагоприятный прогноз определяют повышенный профессиональный интерес ко всем аспектам этого заболевания. По данным ВОЗ в России в 2009 г. зарегистрировано 4,8 млн. больных АГ, но по результатам выборочного обследования населения число таких больных может достигать 42 млн., что составляет примерно 30 % всего населения [1].

При учете популяционных особенностей можно констатировать, что АГ является причиной 27 % всех сердечно-сосудистых заболеваний у женщин и 37 % — у мужчин. Около 14 % инфарктов миокарда у мужчин и 30 % — у женщин обусловлены артериальной гипертензией. 35 % ишемических инсультов, 39 % случаев хронической сердечной недостаточности у мужчин и 59 % — у женщин, а также 56 % случаев хронического поражения почек также связаны с АГ [1, 2].

В последние годы возрос интерес к проблемам фармакоэкономической оценки эффективности лечения АГ, что обусловлено появлением альтерна-

тивных методов терапии, большого количества новых дорогостоящих медицинских технологий, лекарственных препаратов (ЛП), повышением стоимости медицинских услуг, а также относительной ограниченностью денежных средств, выделяемых на здравоохранение. За последние 10 лет стоимость антигипертензивной терапии увеличилась в 4 раза, что обусловлено как повышением цены современных классов антигипертензивных средств, так и необходимостью достижения более низких целевых уровней артериального давления [3].

Таким образом, определение экономической эффективности антигипертензивной терапии является одной из важных задач современной кардиологии. Это обусловлено высокой частотой серьезных сердечно-сосудистых осложнений АГ, лечение которых требует больших денежных затрат. Определяющее влияние на экономическую эффективность терапии АГ оказывает выбор ЛП с учетом не только его прямой стоимости, но и эффективности, безопасности, удобства дозирования, влияния на метаболические параметры и сопутствующие заболевания. Поскольку в структуре затрат на лечение АГ затраты на госпитализацию могут достигать 30 %, а затраты на антигипертензивные препараты — 50 %, выбор оптимального с точки зре-

ния не только клинической, но и фармакоэкономической эффективности, антигипертензивного ЛП — одна из важнейших медицинских и социальных задач [4, 5].

Целью настоящей работы явился фармакоэкономический анализ лекарственной терапии пациентов с АГ с использованием показателей качества жизни (КЖ) больных.

База исследования: МУЗ РБ №3 Одинцовского района Московской области.

МЕТОДИКА ЭКСПЕРИМЕНТА

1) Проведена выкопировка из 200 стационарных карт пациентов для формирования клинко-статистических групп (КСГ) в соответствии с ведущими синдромами по МКБ-10 (Международный Классификатор Болезней-10); дана характеристика социально-демографической и клинко-экономической структуры исследуемого контингента больных; проведен анализ ассортимента ЛП, назначаемых исследуемым группам пациентов, на основе расчета частоты назначений каждого ЛП.

2) Проведенный фармакоэкономический анализ методом «стоимости болезни» основывался на расчете средней стоимости лекарственной терапии в расчете на одного больного за курс лечения; для этого были рассчитаны:

- затраты на каждый конкретный ЛП в отдельной КСГ;
- суммарные затраты на фармакотерапию в целом за исследуемый период по каждой КСГ;
- средние затраты на фармакотерапию в расчете на одного больного в выделенных КСГ за 1 курс лечения.

3) Проведена оценка КЖ пациентов до и после лечения с помощью общего опросника SF-36 и специального опросника по сердечно-сосудистым заболеваниям, разработанного Д. М. Ароновым и В. П. Зайцевым.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В качестве критерия формирования КСГ был выбран диагноз в соответствии с ведущими синдромами по МКБ-10. Таким образом, были сформированы 4 КСГ (табл. 1, рис. 1):

- КСГ №1 — пациенты с АГ и сахарным диабетом (E10-E14);
- КСГ №2 — пациенты с АГ и ишемической болезнью сердца (I 20-I 25);
- КСГ №3 — пациенты с АГ и гипертензивной энцефалопатией (I 67.4);
- КСГ №4 — пациенты с эссенциальной гипертензией (I 10).

Таблица 1

Структура проанализированного контингента больных

Клинко-статистические группы	Количество пациентов	Удельный вес, %
КСГ №1	29	14,5
КСГ №2	61	30,5
КСГ №3	64	32,0
КСГ №4	46	23,0
Общее количество:	200	100

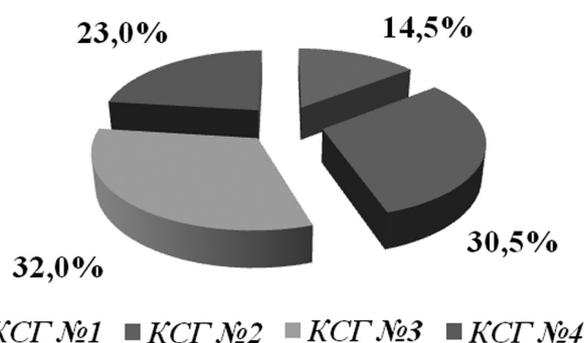


Рис. 1. Структура проанализированного контингента больных

Анализ социально-демографической структуры исследуемого контингента больных показал, что преобладает женская заболеваемость АГ вне зависимости от сопутствующих заболеваний. Возраст пациентов различен в разных КСГ, наибольшая распространенность данной нозологии приходится на возрастную группу от 61 до 75 лет. При анализе показателей, характеризующих пациентов по социальному статусу, выявлено, что большинство пациентов являются неработающими пенсионерами (38 %) и лицами в работоспособном возрасте (37 %).

Анализ используемого в стационаре ассортимента ЛП по частоте назначений, показал, что для лечения больных, попавших в выборку, было использовано 121 ЛП из 33 фармакотерапевтических групп. Наиболее высокая частота назначений выявлена для ЛП из таких групп, как ингибиторы АПФ (97 %), β-адреноблокаторы (42 %) и диуретики (57 %).

Проведенный фармакоэкономический анализ методом «стоимости болезни» основывался на расчете средней стоимости лекарственной терапии в расчете на одного больного за курс лечения (в среднем 535,00 руб. для КСГ №1; в среднем 551,94

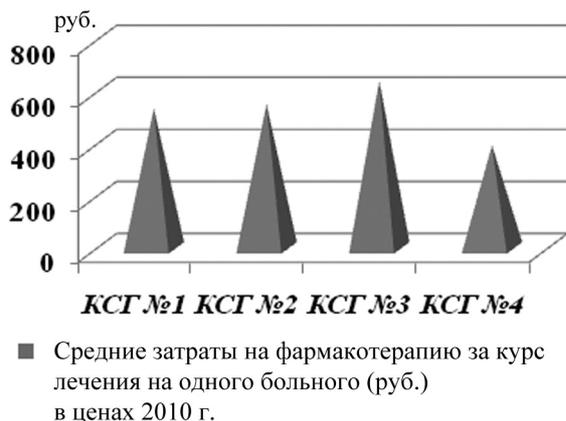


Рис. 2. Средние затраты на фармакотерапию за курс лечения на одного больного в каждой КСГ

для КСГ № 2; в среднем 642,21 для КСГ № 3; в среднем 393,94 для КСГ № 4). Таким образом, наиболее затратной оказалась фармакотерапия КСГ №3 (рис. 2). При этом было выявлено, что значительная часть затрат на фармакотерапию приходится на ингибиторы АПФ (16839,21 руб. или 15,53 %); диуретики (5194,92 руб. или 4,79 %); ЛП для улучшения мозгового кровообращения (45139,22 руб. или 41,64 %).

4) На основании результатов анкетирования пациентов с помощью опросника SF-36, а также специального опросника по сердечно-сосудистым заболеваниям была установлена положительная динамика оценки КЖ всеми пациентами после проведенного лечения. В соответствии с данными опросника SF-36 наиболее выражено улучшение физического и эмоционального состояния больных (на 28,8 и 21,6 балла соответственно).

5) С помощью коэффициента ранговой корреляции (коэффициента Спирмена) была выявлена средняя корреляционная связь между возрастом пациентов и затратами на фармакотерапию в КСГ № 1, 2, 4 и сильная корреляционная связь между возрастом пациентов и затратами на фармакотерапию в КСГ № 3, т.е. такой фактор, как возраст пациента влияет на величину госпитальных затрат.

Также была выявлена средняя корреляционная связь для КСГ № 1, 4 и сильная корреляционная связь для КСГ № 2, 3 между длительностью госпитализации и суммой затрат на фармакотерапию, и сильная корреляционная связь между давностью заболевания больных артериальной гипертензией и затратами на фармакотерапию для КСГ № 2, т.е. такие факторы, как длительность госпитализации и давность заболевания влияют на величину госпитальных затрат (табл. 2, рис. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фармакоэкономический анализ, как инструментальный проведения исследования, позволил выявить наиболее затратные нозологии для данного отделения стационара, а также определить потребность стационара в финансовых ресурсах на фармакотерапию.

Использованные методики оценки КЖ пациентов в начале и в конце курса лекарственной терапии свидетельствуют об улучшении КЖ пациентов после проведенного лечения. Данные опросников говорят об улучшении физического и психического состояния пациентов.

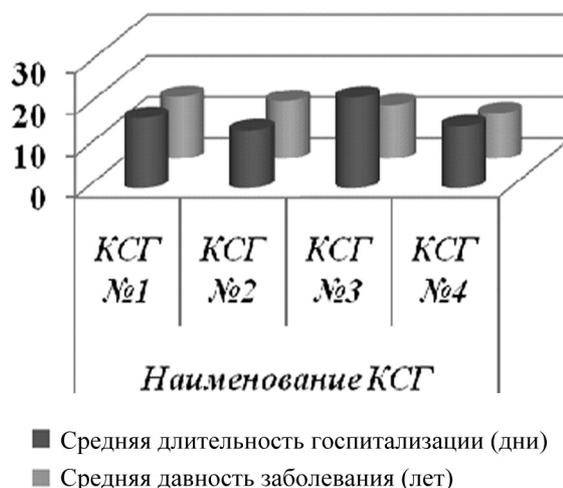


Рис. 3. Средние значения длительности госпитализации и давности АГ для каждой КСГ

Таблица 2

Определение факторов, влияющих на величину затрат на фармакотерапию артериальной гипертензии

Наименование фактора сравнения	Коэффициент ранговой корреляции			
	КСГ №1	КСГ №2	КСГ №3	КСГ №4
Возраст	0,34	0,54	0,92	0,48
Длительность госпитализации	0,43	0,84	0,67	0,51
Давность заболевания	0,38	0,82	0,40	0,56

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний // Е. И. Чазов [и др.]. — М.: Литтерра, 2005. — 972 с.
2. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С. А. Шальнова [и др.]. // Российский кардиологический журнал. — 2006. — №4. — С. 45—50.
3. Фармакоэкономический анализ антигипертензивной терапии: преимущества фиксированных комбинаций / М. В. Леонова [и др.] // Кардиология. — 2008. — № 1. — С. 45—50.
4. Щетинина М. Фармакоэкономика для России — не будущее, а настоящее / М. Щетинина // Здоровье. — 2008. — №2. — С. 15—17.
5. Ягудина Р. И. Фармакоэкономика в России: период подъема / Р. И. Ягудина // Фармакоэкономика. — 2008. — №1. — С. 5—6.

Васькова Лариса Борисовна — к.фарм.н., доцент кафедры организации и экономики фармации, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова; e-mail: vaskovalb@mail.ru

Романцева Наталья Васильевна — ассистент кафедры Организации и экономики фармации, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова; e-mail: nataroma2004@mail.ru

Грознова Ирина Евгеньевна — интерн кафедры Организации и экономики фармации, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Vaskova Larisa B. — PhD, the docent of the department of organization and economy of pharmacy, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; e-mail: vaskovalb@mail.ru

Romantseva Natalia V. — the assistant of the department of organization and economy of pharmacy, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; e-mail: nataroma2004@mail.ru

Groznova Irina E. — the intern of the department of organization and economy of pharmacy, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University