

ния, возникала депрессия, которая, в свою очередь, углубляла стресс и приводила к дальнейшему повышению уровня в крови катехоламинов. Как показали результаты, представители первой группы, будучи высокоинтеллектуальными людьми и обладающие определенными лидерскими качествами, в период соматического благополучия характеризовались стабильными показателями катехоламинового спектра. У пациентов этой группы, страдающих депрессиями, содержание гормонов стресса в аналогичные периоды оказалось достоверно выше. В периоды обострения соматической патологии регистрировались самые высокие уровни катехоламинов, особенно у страдающих депрессиями пациентов, что, возможно, объяснялось усилением их тревоги за свое здоровье.

Уровень гормонов стресса у пациентов второй группы, не страдающих депрессиями, изменялся по сравнению с больными первой группы в меньшей степени при воздействии одинаковых психотравмирующих ситуаций. Наличие депрессии приводило к нивелированию различий реагирования на психотравмирующую ситуацию у пациентов с разными психологическими профилями и одинаково длительному и значительному повышению содержания гормонов стресса в сыворотке крови и росту среди них распространенности сердечно-сосудистой патологии.

У пациентов третьей группы, характеризующихся малообщительностью, не обладающих лидерским потенциалом и отличающихся низкими или средними интеллектуальными способностями и ограниченной оперативностью мышления с преобладанием эмоциональной неуравновешенности, склонностью к пессимизму и высокой тревожностью, в структуре соматической патологии преобладали ИБС, АГ и обменно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата. Среди них были больные, злоупотребляющие спиртными напитками, с признаками хронического алкогольного гепатита и злостные курильщики, страдающие ХОБЛ. У большинства обследованных третьей группы отмечалась депрессия. При этом даже в период ремиссии соматической патологии отмечалась повышенная концентрация гормонов стресса в сыворотке крови. При возникновении обострения у данных больных происходило даже некоторое снижение в крови содержания гормонов, что, возможно, объяснялось некоторым улучшением их бытовых условий (пребывание в стационаре) и тем, что, находясь на лечении, они переставали

нести ответственность за себя и не испытывали необходимости в принятии решений. Концентрация катехоламинов начинала снова постепенно возрастать после выписки пациентов из стационара, и дальнейшее их повышенное содержание было связано, как правило, с возникновением затрат на продолжение лечения, ухудшением качества жизни при отказе от лечения и социально-бытовыми проблемами.

Полученные в ходе исследования данные показали, что состояние соматического здоровья мало влияет на уровень гормонов стресса в крови больных третьей группы. Вместе с тем у страдающих депрессией пациентов этой группы отмечается корреляционная связь между содержанием гормонов стресса и наличием социально-бытовых проблем. Неспособность этих людей к самостоятельному решению проблем приводила, по-видимому, к большему распространению депрессии, реактивной тревожности и вредных привычек среди них, что и обусловило характер их соматической патологии.

Заключение. Таким образом, характер реагирования пациентов с различными психологическими профилями на психосоциальные и соматические раздражители может влиять на формирование определенной соматической патологии.

Библиографический список

1. Вейн А. М., Воробьев О. В., Дюкова Г. М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания. М., 2004. С. 12–25.
2. Ивлева Е. И., Щербатых Ю. В. Клинико-психопатологические аспекты и нарушения вегетативного гомеостаза при социальных фобиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3. С. 35–38.
3. Щербатых Ю. В. Саморегуляция вегетативного гомеостаза при эмоциональном стрессе // Физиология человека. 2000. Т. 26., № 5. С. 151–152.
4. Granwell J. Managing stress. London: Pan books, 2006. 286 p.
5. Pickering T. The effects of occupation stress on blood pressure in men and women // Acta physiol. Scand. Suppl. 1997. Vol. 161, № 640. P. 125–128.
6. Коган Б. М., Дроздов А. З., Дмитриева Т. Б. Механизмы развития соматических и психопатологических расстройств (половые и гендерные механизмы) // Системная психология и социология. 2010. Т. 1, № 1. С. 105–118.
7. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования/Е. И. Чазов, Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова [и др.] // Кардиология. 2007. № 3. С. 28–37.

УДК616.33.342–002.44 (571.12)

Оригинальная статья

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПАХ

Е. В. Сосновская — Ханты-Мансийский ГМИ, доцент кафедры госпитальной терапии Ханты-Мансийского ГМУ Минздравооразвития России, кандидат медицинских наук; *Н. А. Николаев* — ГОУ ВПО Омская ГМА Минздравооразвития России, ассистент кафедры факультетской терапии, кандидат медицинских наук.

PHARMACO-ECONOMICAL ASPECTS OF THERAPY OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCERS ON OUT- AND IN-PATIENT STAGES

E. V. Sosnovskaya — Khanty-Mansijsk State Medical Institute, Department of Hospital Therapy, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; *N. A. Nikolaev* — Omsk State Medical Academy, Department of Faculty Therapy, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 03.03.2010 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Сосновская Е. В., Николаев Н. А. Фармакоэкономические аспекты терапии больных язвенной болезнью желудка на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 418–420.

На основании ретроспективного стратифицированного исследования 298 пациентов (158 мужчин и 140 женщин) с язвенной болезнью, ассоциированной с *helicobacter pylori*, установлено, что лечение данной категории больных при равной эффективности амбулаторно-поликлинической и стационарной форм оказания медицинской помощи по клиническому критерию фармакоэкономически наиболее целесообразно в условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения.

Ключевые слова: язвенная болезнь, этапы лечения, фармакоэкономика.

Sosnovskay E. V., Nikolaev N. A. Pharmacoeconomical aspects of therapy of patients with peptic ulcers on out- and in-patient stages // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 2. P. 418–420.

On the basis of retrospective stratified research of 298 patients (158 men and 140 women) with peptic ulcers, associated with *helicobacter pylori*, it was established that the treatment of patients of given category in ambulatory conditions has much more advantages from the pharmacoeconomical point of view.

Key words: peptic ulcer, stages of treatment, pharmaco-economics.

Введение. Вопросы планирования движения бюджетных ресурсов при лечении больных приобретают всё большее значение на современном этапе развития отечественного здравоохранения, позволяя оптимизировать решение задач оперативного управления медицинской организацией [1]. В первую очередь это касается фармакоэкономических результатов вмешательств, выполнение которых возможно как на стационарном, так и на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания специализированной медицинской помощи [2].

Для решения этих вопросов на базе 6 муниципальных учреждений г. Омска, 3 муниципальных учреждений г. Тюмени и окружной поликлиники г. Ханты-Мансийска, в 2008–2009 гг. выполнено ретроспективное стратифицированное исследование, в котором методом сплошной выборки включали больных язвенной болезнью желудка (диагноз подтверждён гистологически — ФЭГДС и биохимически — уреазный тест), поступавших для плановой эрадикационной терапии.

Методы. В исследование включено 298 пациентов (158 мужчин и 140 женщин). Больных язвенной болезнью, получавших эрадикационную терапию, стратифицировали в две выборки — с эрадикацией в условиях стационара (100 пациентов; 56 мужчин, 44 женщины) и с эрадикацией в амбулаторных условиях (198 пациентов; 102 мужчины, 96 женщин). Всем участникам исследования проводилась стандартная эрадикационная терапия (омепразол 40 мг/сут. в 2 приема + кларитромицин 1000 мг/сут. в 2 приема + амоксициллин 2000 мг/сут. в 2 приема, на протяжении 7 сут.), с последующим назначением омепразола 40 мг/сут. в 2 приема — по показаниям. Суррогатной конечной точкой по клиническим параметрам было определено полное рубцевание язвенного дефекта, при отсутствии *h. pylori* при повторном ФЭГДС контроле в период между 30–60-ми сутками от начала терапии.

Фармакоэкономический анализ выполняли с позиции научного управления клинической практикой. Субъектами экономической заинтересованности были определены: министерство здравоохранения Омской области (МЗОО), лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), пациент. Использованные инструменты: анализ «стоимость болезни» (cost of illness, COI) и анализ «минимизация затрат» (cost-minimization analysis, CMA). Источником информации являлись: на стоимость медицинских услуг — тарифы, действующие в Омской области в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) по состоянию на 01.01.2009 г.; на стоимость лекарственных средств — цены лекарственных препаратов, закупаемых для лечебно-профилактических учреждений г. Омска и Омской области в рамках системы ОМС, по состоянию

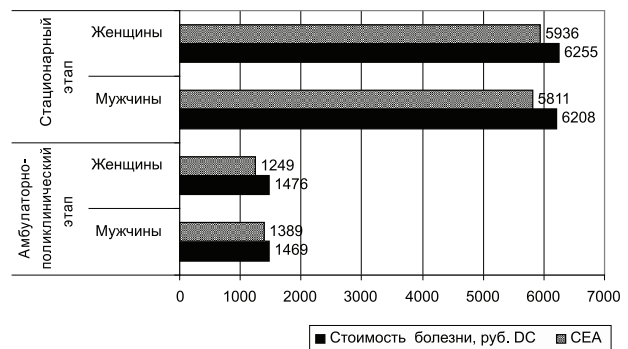
на 01.01.2009 г. При расчете COI был использован «prevalence подход». Коэффициент дисконтирования в РФ в 2009 г. за период наблюдения определен в 4%.

Результаты. Изучая стоимость болезни (COI) у больных язвенной болезнью, ее «экономическое бремя» определяли с учетом медицинских и немедицинских, прямых и непрямых затрат. Прямые затраты определяли как расходы на содержание пациента в ЛПУ, а также стоимость оказанных профессиональных медицинских услуг, использованных лекарственных препаратов и выполненного лабораторного и инструментального обследования, а также объем платы за использование медицинского оборудования, площадей и средств (распределение финансовых затрат из статей бюджета). Косвенные затраты включали затраты за период отсутствия пациента на его рабочем месте из-за болезни. Суммарная стоимость препаратов, в пересчете на стандартный курс, составила 1046,5 руб., стоимость 1 дня продолжения терапии омепразол — 12,2 руб./сут.

В соответствии с тарифами ОМС, по состоянию на 01.01.2009 стоимость 1 визита больного к врачу терапевтического профиля определена в 82,6 руб., стоимость 1 суток пребывания в стационаре — 285,2 руб. Данные, отражающие с учетом дисконтирования основные стоимостные характеристики лечения 1 больного на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах, приведены в табл. 1.

Таким образом, «экономическое бремя» стоимости болезни при язвенной болезни у больных при амбулаторно-поликлиническом лечении оказалось значительно меньшим, чем при лечении, включавшем стационарный этап. Вместе с тем такое заключение не является достаточным без учёта клинической эффективности терапии.

Анализ CMA в сочетании с cost-effectiveness analysis позволил решить эту проблему. За показатель Ef был взят результат негативации *h. pylori* в биоптате при повторной ФЭГДС, выраженный в %. Показатель DC определена стоимость болезни (рисунок).



Показатели соотношения «затраты/эффективность» при лечении больных на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах

Ответственный автор — Николаев Николай Анатольевич.
Тел.: 89136782566.
E-mail: niknik.67@mail.ru

Таблица 1

Основные стоимостные характеристики лечения

Показатель	Амбулаторно-поликлинический этап		Стационарный этап	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
	1	2	3	4
Стоимость курса приема препаратов, руб.	1046,5		1046,5	
Стоимость 1 суток пребывания в стационаре, руб.	-		285,2	
Продолжительность пребывания, сут	-	-	16,6±6,9	17,6±7,8
Стоимость стационарного этапа	-	-	4734,3	5019,5
Стоимость амбулаторного визита, руб.	82,6		82,6	
Количество визитов	2,8	3,1	1,1	1,4
Стоимость амбулаторного этапа, руб.	231,3	256,1	90,9	115,6
Стоимость последующей лекарственной терапии, руб.	135,4	117,1	97,6	73,2
Суммарная стоимость по всем группам, руб.	1413,2	1419,7	5969,3	6254,8
Коэффициент дисконтирования	1,04		1,04	
Стоимость болезни, руб.	1469,7	1476,5*	6208,1**	6504,9* **

Примечания: по Wald-Wolfowitz * — отсутствуют статистически значимые различия между выборками 2:1, 3:4; ** — статистически значимые различия между выборками 3:1, 4:2, $p < 0,0001$.

Таблица 2

Анализ «минимизация затрат»

Показатель	Амбулаторно-поликлинический этап		Стационарный этап	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
	1	2	3	4
DC ₁ — прямые затраты при применении первого метода, руб.	1469,7	1476,5		
IC ₁ — косвенные затраты при применении первого метода, руб.	10816,5	9920,2		
DC ₂ — прямые затраты при применении второго метода, руб.			6208,1	6504,9
IC ₂ — косвенные затраты при применении второго метода, руб.			11832,5	10816,6
Суммарные затраты, руб.	12286,2	11396,7	18040,6	17321,5
СМА (показатель разницы затрат), руб.	-	-	5754,4	5924,8

Исследование показало, что результаты лечения при сравнении различных этапов тождественны, при этом эффективные затраты амбулаторно-поликлинического этапа оказываются трёхкратно меньшими по сравнению с включением в стандарт лечения стационарного этапа (у мужчин ДСЕА 3/1=4,18; у женщин ДСЕА 4/2=4,75). Это позволило выполнить cost-minimization analysis, результаты которого представлены в табл. 2.

Обсуждение. При анализе результатов СЕА оказалось, что при учете всех видов затрат амбулаторный метод ведения больных язвенной болезнью является более выгодным как у мужчин, так и у женщин.

Заключение. Таким образом, лечение больных язвенной болезнью желудка, при равной эффективности амбулаторно-поликлинической и стационарной форм оказания медицинской помощи по клиническому критерию, экономически наиболее целесообразно в условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения.

Библиографический список

1. Павлова Л.Н. Финансовый менеджмент: Управление денежным оборотом. М.: Финансы и статистика, 1993. 160 с.
2. Шестопалов Н.В. Бюджетирование, ориентированное на результат, и его внедрение в территориальные органы и организации Роспотребнадзора/под ред. Г.Г. Онищенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 256 с.

УДК 616.012+615.742+616.24+616.891

Краткое сообщение

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ КУРЕНИЯ И ПРОДОЛЖАЮЩИХ КУРИТЬ

Н.И. Стародумов — министерство здравоохранения и социального развития Самарской области, консультант; **Е.Г. Зарубина** — НОУ ВПО Самарский медицинский институт «Реавиз», кафедра медико-биологических дисциплин, ведущая кафедра, профессор, доктор медицинских наук; **И.О. Прохоренко** — НОУ ВПО Самарский медицинский институт «Реавиз», кафедра внутренних болезней, доцент, кандидат медицинских наук.