

пациент получал 3,7 курса антибиотикотерапии по поводу респираторной патологии, в большинстве случаев без показаний и в 23,7 % случаев — не рекомендованных групп антибиотиков. Только в 23,1 % случаях используемые антигистаминные препараты имели показания к назначению. В 45,8 % назначений мукоактивных препаратов использовались секретолитические (чаще всего рефлекторного действия) препараты, не рекомендованные для лечения БА.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. GINA report. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2012. The GINA reports are available on [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
2. Reddel, H. K. Pharmacological strategies for self-management of asthma exacerbations / H. K. Reddel, D. J. Barnes // Eur. Respir. J. — 2006. — Vol. 28(1). — P. 182–199.
3. Holgate, S. T. The mechanisms, diagnosis, and management of severe asthma in adults / S. T. Holgate, R. Polosa // Lancet. — 2006. — Vol. 368(9537). — P. 780–793.
4. Роль респираторных инфекций в обострении бронхиальной астмы / А. Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. — 2007. — № 5. — С. 14–18.

УДК 616.233:616.248]:615.234

### ОЦЕНКА РАСХОДОВ НА ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Рузанов Д. Ю., Буйневич И. В., Бондаренко В. Н., Шебушева Т. Т.,  
Семенова Л. Н., Перловская Д. Ф.*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
Учреждение  
«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»  
г. Гомель, Республика Беларусь

Бронхиальная астма (БА) является серьезной проблемой для всего мира. Наряду с повсеместным ростом числа больных, страдающих этим заболеванием, отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества пациентов, нуждающихся в оказании неотложной помощи и частых госпитализациях. Социально-экономический ущерб от БА вследствие смертности, инвалидности, временной нетрудоспособности и затрат медицинских ресурсов остается высоким [1].

С момента появления первых практических рекомендаций по БА и до настоящего времени целью лечения астмы является минимизация средств, улучшение легочной функции и профилактика обострений. Обострения являются самым важным исходом заболевания, поскольку они представляют собой наибольший риск для пациента, становятся причиной тревоги пациентов и их родственников, создают серьезную нагрузку на здравоохранение и потребляют существенную часть стоимости лечения БА [1, 2, 3].

Примерно 35–50 % затрат на лечение БА связано с лечением обострений. Большая часть затрат на лечение обострений обусловлена стоимостью госпитализаций, обращений за неотложной помощью, внеплановых визитов к врачу и препаратов для неотложной помощи [3].

#### **Цель**

Анализ затрат на комплексное лечение обострений БА.

#### **Материалы и методы исследования**

В период с февраля 2010 по март 2014 гг. мы наблюдали 268 пациентов с БА. Большинство исследуемых составили женщины (68,7 %). Средний возраст женщин и мужчин —  $39,4 \pm 8,9$  и  $41,1 \pm 9,2$  лет соответственно. Работающие (в т. ч. работающие пенсионеры и инвалиды) — 72,9%. Период наблюдения составлял 12 мес. В течение периода наблюдения оценивали частоту вызовов «скорой помощи», амбулаторных обращений, частоту и длительность госпитализаций, стоимость медицинских затрат.

Все пациенты получали базисную и бронхолитическую терапию. Интенсивность применения препаратов указана в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика фармакотерапии бронхиальной астмы

Препараты	Назначения (%)
Ингаляционные глюкокортикостероиды	53,6
$\beta_2$ -агонисты короткого действия	80,4
$\beta_2$ -агонисты длительного действия	27,8
Ингаляционные глюкокортикостероиды + $\beta_2$ -агонисты длительного действия	45,2
М-холинолитики короткого действия	21,7
М-холинолитики короткого действия + $\beta_2$ -агонисты короткого действия	34,8
Метилксантины	38,0

Достаточно часто назначаются препараты базисной терапии (ингаляционные глюкокортикостероиды,  $\beta_2$ -агонисты длительного действия, а также комбинированные препараты). В целом, это соответствует рекомендациям GINA.

Обострениями считали ухудшения, отражающиеся на самочувствии пациента и требующие изменений в терапии.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В течение периода наблюдения было зафиксировано  $7,92 \pm 1,64$  случая обострения в год на каждого пациента. При этом оценка авторов исследования и лечащего врача нередко отличалась по факту наличия эпизода обострения. Часто усиление (появление) кашля, изменение качественных и количественных параметров мокроты без учета результатов пикфлоуметрии интерпретировались терапевтами как обострение, с вытекающим «набором» назначений.

Анализируя аспект оказания медицинской помощи, были выделены основные составляющие: госпитальная и амбулаторная помощь, экстренная (неотложная медицинская) помощь. По нашим данным среднее число случаев госпитализации на 1 пациента в год составило  $1,6 \pm 0,8$ , обращений за неотложной медицинской помощью было  $4,8 \pm 1,4$ , все случаи обращений к врачам амбулаторного звена —  $10,4 \pm 2,3$ .

Находились на стационарном лечении менее 1 раз в год 38,2 % пациентов, 2 раза в год — 51,4 %, 3 раза в год — 4,8 %, остальные 5,6 % госпитализировались 4 и более раза в год.

На основании стоимости различных препаратов, стоимости оказания медицинской помощи и средней заработной платы по различным отраслям по состоянию на 31.03.2014 г. были проведены фармакоэкономические расчеты и определена структура затрат на лечение. При отсутствии точных сведений о конкретном используемом пациентом фармацевтическом препарате использовалась средняя взвешенная стоимость лекарственной группы. Госпитальная помощь оценивалась по количеству проведенных койко-дней, амбулаторная помощь по количеству внеплановых визитов в поликлинику (таблица 2). К плановым визитам было отнесено ежемесячное посещение, необходимое для выписки льготных рецептов на препараты базисной и бронхолитической терапии. Собраны сведения о временной нетрудоспособности (ВН) 135 работающих пациентов.

Таблица 2 — Структура затрат в год по средней стоимости лечения одного случая бронхиальной астмы

Показатель	Неконтролируемая БА (тыс. руб.)	Частично контролируемая БА (тыс. руб.)
Медикаментозная терапия:	2038,2	1817,9
— базисная и бронхолитическая	1462,2	1380,8
— вспомогательная	576,0	437,1
Медицинская помощь (госпитальная, амбулаторная, экстренная)	4187,0	3090,1
Выплаты ВН	2090,4	1487,3
Всего:	8315,2	6395,3

В структуре расходов при лечении обострения астмы, преобладают затраты на оказание медицинской помощи пациентам и выплаты по ВН (75,4 %). Как следует из таблицы 2, в случае относительно адекватного проведения базисной и бронхолитической терапии астмы и достижения частичного контроля можно снизить затраты на лечение обострения БА не менее, чем на 22,2 %.

#### **Выводы**

Таким образом, на развитие обострения БА влияет не только адекватно назначенная терапия, но и соблюдение пациентом врачебных рекомендаций. Было зафиксировано в среднем 7,9 случая обострения в год на 1 пациента. При развитии обострения астмы расходы на лечение пациента значительно увеличиваются. В структуре расходов 75,4 % составляют затраты на оказание медицинской помощи. В случае достижения частичного контроля можно снизить затраты на лечение обострения БА не менее, чем на 22,2 %.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. GINA report. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2012. The GINA reports are available on [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
2. Asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice / H.K. Reddel [et al]. // J. Respir. Crit. Care Med. — 2009. — Vol. 180. — P. 59–99.
3. Reddel, H.K. Pharmacological strategies for self-management of asthma exacerbations / H. K. Reddel, D. J. Barnes // Eur. Respir. J. — 2006. — Vol. 28(1). — P. 182–199.

УДК 616.379-008.64:615.272.4

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ $\alpha$ -ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Савастеева И. Г., Русаленко М. Г., Каплиева М. П., Махлина Е. С., Зекенова К. К., Евдочкова Т. И., Ващенко Е. Н., Жмайлик М. В., Спицаренко Е. Н., Васюхина И. А.*

**Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека»  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Сахарный диабет (СД) является глобальной медико-социальной проблемой, которая входит в число семи главных причин смертности населения в большинстве стран мира. Согласно прогнозу ВОЗ, к 2025 г., по сравнению с 2000, ожидается увеличение числа больных СД со 150 до 300 млн человек. Высокая и постоянно увеличивающаяся заболеваемость СД в масштабах всего мира приводит к увеличению распространенности его хронических осложнений. В качестве фактора, лимитирующего качество и продолжительность жизни, выходят поздние осложнения СД: ангиопатия, нейропатия, ретинопатия и нефропатия (International Diabetes Federation: Diabetes Atlas, 2006).

В патогенезе многих заболеваний, в том числе метаболических, сосудистых и даже онкологических, происходит накопление токсических продуктов перекисного окисления липидов. Обезвреживание и защита организма обеспечивается антиоксидантной системой, включающей ферменты, витамины и активные метаболиты. Одним из самых мощных антиоксидантов является  $\alpha$ -липоевая кислота (АЛК).

АЛК инактивирует пероксид водорода, синглетный кислород, гидроксильный радикал в продуктах липопероксидации [1]. Это обуславливает широкое применение АЛК при коррекции метаболических нарушений, наиболее выраженных у пациентов с СД. Препараты АЛК уменьшают активность перекисного окисления липидов в крови и мембранах эритроцитов, улучшают скорость капиллярного кровотока.