

А.А.Пунин, В.И.Старовойтов, С.В.Ковалева, Р.С.Богачев

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЙ GINA В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

(6 лет работы Смоленска по антиастматической программе)

Управление здравоохранения Администрации Смоленска;
кафедра госпитальной терапии Смоленской государственной медицинской академии

THE RESULTS OF IMPLEMENTATION OF GINA GUIDE-LINES INTO THE PUBLIC HEALTH PRACTICE

(Six-year antiasthmatic program in Smolensk city)

A.A.Punin, V.I.Starovoytov, S.V.Kovaleva, R.S.Bogachev

Summary

The results of six-year health-care system efforts in antiasthmatic program dedicated to the implementation of the principal guidelines of GINA were evaluated in Smolensk city. The educational programs for physicians and patients, and financial support of preferential release of antiasthmatic drugs have led to the radical changes in basic treatment of bronchial asthma. During the six-year period, the 23-fold increase in the proportion of inhalation glucocorticoids use has been accompanied by 1.7- and 1.5-fold decrease of the use of system steroids and cromoglycates, respectively. At the same period of time, in Smolensk the number of ambulance calls for asthmatic attack, the emergency hospitalization, the rate of disablement due to asthma, and primary disablement have been decreased 2.4, 2.3, 1.7, and 3.3 times, respectively.

Резюме

В Смоленске проведена оценка 6-летней работы здравоохранения по антиастматической программе, направленной на реализацию основных положений GINA. Образовательные программы для врачей и пациентов, финансовое обеспечение льготного отпуска антиастматических средств позволили координально изменить подход к базисной терапии больных астмой. Увеличение доли ингаляционных глюкокортикоидов сопровождалось снижением в 23 раза в структуре антиастматической терапии за 6 лет использования системных стероидов (в 1,7 раза), кромонов (в 1,5 раза). За этот период число вызовов скорой помощи к больным с приступом астмы уменьшилось в 2,4 раза, экстренная госпитализация в стационар сократилась в 2,3 раза, доля инвалидизирующей астмы в городе снизилась в 1,7 раза, а первичный выход на инвалидность — в 3,3 раза.

Высокая медицинская, социальная и экономическая значимость бронхиальной астмы (БА) определяется широкой распространенностью (до 5—7%) этого заболевания среди населения, прогрессирующим характером течения с частыми обострениями и госпитализациями, инвалидизацией и летальными исходами [1,2,4,8].

В истории известны случаи роста смертности от астмы в начале 60-х годов в Англии, Австралии, Новой Зеландии, в 70-е годы в США, Канаде [1]. В настоящее время смертность от астмы не имеет тенденции к росту, однако она существенно снижает продолжительность жизни у мужчин на 6,6 года, у женщин на 13,5 года [4]. Оценить истинное бремя любого заболевания достаточно сложно, поскольку оно складывается не только из материальных (прямые и не прямые расходы индивидуума и государства), но и невидимых расходов (качество жизни, боль страдания и др.), которые невозможно выразить в денежном выражении [3,5,6,10].

Значительного прогресса по снижению экономического, социального бремени астмы и улучшению качества жизни больных достигли в тех регионах, где широко стали внедрять положения международного консенсуса по БА и достигли ремиссии при широком использовании современных противовоспалительных препаратов [2, 3,9]. Внедрение новой концепции БА позволило в ряде стран мира добиться существенных успехов в контроле над ее течением. Примером могут служить Финляндия, Дания и ряд других стран, где больные БА являются преимущественно амбулаторными пациентами. Степень контроля за астмой достигла такого уровня, что у больных практически отсутствуют тяжелые обострения, требующие госпитализации [7].

Однако автоматический перенос результатов зарубежных исследований в Россию не представляется возможным в связи различным уровнем экономики этих стран. Соответственно для российского здравоохранения анализ должен основываться прежде всего на

результатах научных исследований в различных городах нашей страны.

В 1995 г. Управлением здравоохранения Администрации Смоленска, кафедрой госпитальной терапии СГМА при методической и информационной поддержке фармацевтической компании "GlaxoWellcome" была разработана программа борьбы с БА, предусматривавшая внедрение основных положений GINA в практическое здравоохранение.

Антиастматическая программа предусматривала работу по трем основным направлениям:

1. Образовательные программы для врачей поликлиник и стационаров;
2. Образовательные программы для больных астмой;
3. Льготное лекарственное обеспечение больных препаратами для базисной антиастматической терапии.

Выполнение программы не предусматривало выделения дополнительных бюджетных средств. Финансирование льготного отпуска антиастматических препаратов составляло 1% бюджета здравоохранения города и не увеличивалось на протяжении всего периода работы города по программе (по отношению к затратам до ее принятия). В ходе выполнения программы был составлен регистр больных БА, позволяющий учитывать число больных, степень тяжести заболевания, обращаемость на станцию скорой медицинской помощи, госпитализацию и инвалидизацию лиц, страдающих астмой, а также отпуск антиастматических лекарственных средств. Прошедшие со дня принятия программы 6 лет позволяют подвести итоги и проанализировать ее эффективность.

Оценка эффективности программы осуществлялась по следующим показателям: 1) изменение структуры антиастматической терапии на поликлиническом этапе (анализ 852 амбулаторных карт больных БА); 2) динамика вызовов скорой медицинской помощи (анализ 25 582 вызовов за 1995—2000 г.); 3) плановая и экстренная госпитализация в городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи (анализ 2932 историй болезни 1990—2000 г.); 4) инвалидизация больных астмой (анализ 2663 протоколов освидетельствования больных БА на группу инвалидности врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК) и

медико-социальными экспертизами (МСЭ) за 1996—2000 г.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета *Statgraphics Plus*. Для обоснования выводов использовались таблицы сопряженности признаков 2×2 . Для проверки гипотезы о равенстве долей применялся Z-критерий, χ^2 -критерий Пирсона и точечный критерий Фишера.

Структура антиастматической терапии на поликлиническом этапе за 1990—2000 г. представлена на рис.1, 2. Противовоспалительная терапия больных астмой с 1990 по 1994 г. осуществлялась преимущественно системными глюкокортикоидами (СГК) и кромоном, доля которых за указанный промежуток времени не имела динамики. Ингаляционные ГК до 1994 г. практически не применялись (препарат получали 3% больных астмой). Первые значимые изменения в характере проводимой противовоспалительной терапии были зарегистрированы уже через год после принятия программы. Сравнение выборочных долей (Д) различных противовоспалительных препаратов с анализом доверительного интервала (ДИ) свидетельствует о достоверных различиях в использовании СГК и ИГК и кромонов в различные годы. С 1994 по 2000 г. доля использования ИГК выросла в 23 раза ($D_{94} = 0,029$ (ДИ — 0,02; 0,038), $D_{00} = 0,68$ (ДИ — 0,587; 0,776)) ($p < 0,05$), доля СГК снизилась в 1,7 раза ($D_{94} = 0,33$ (ДИ — 0,296; 0,361), $D_{00} = 0,19$ (ДИ — 0,166; 0,214)) ($p < 0,05$), кромонов — в 1,5 раза ($D_{94} = 0,18$ (ДИ — 0,156; 0,204), $D_{00} = 0,12$ (ДИ — 0,099; 0,141)) ($p < 0,05$).

Динамика отпущенных по льготным рецептам упаковок лекарственных средств (аптека № 1 МУП) свидетельствует, что в период с 1995 по 2000 г. одновременно с ростом использования ИГК снизилось использование β_2 -агонистов в 2,6 раза, СГК в 1,2 раза, кромонов в 2,5 раза.

При анализе используемых доз ИГК в лечении больных астмой на разных этапах реализации антиастматической программы выявлены существенные различия (рис.3). Так, в первые годы внедрения программы отмечена тенденция к использованию низких доз ингаляционных стероидов. В 1995 г. ИГК в дозе до 400 мкг получали 76% больных астмой, в дальней-

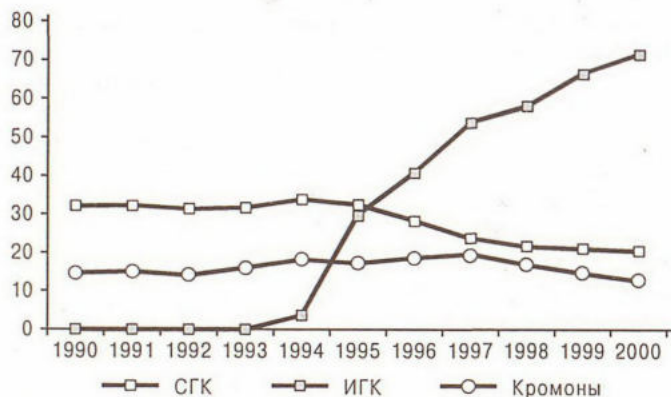


Рис.1. Динамика противовоспалительной терапии БА на амбулаторном этапе.

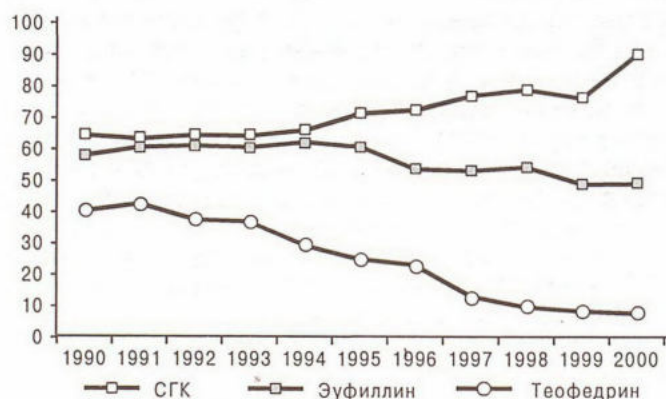


Рис.2. Динамика бронходилатирующей терапии БА на амбулаторном этапе.

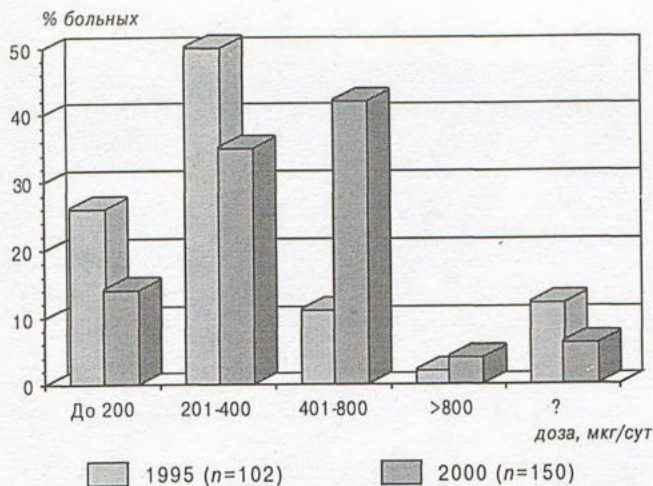


Рис.3. Дозы ИГК (по беклометазону дипропионату) в лечении больных БА Смоленска (? — нет указания дозы в назначении врача).

шем предпочтение стали отдавать средним дозам ИГК. К 2000 г. частота использования ИГК в дозе 401 — 600 мкг выросла с 11 до 42%. В то же время назначение высоких доз ИГК не претерпело изменений, составив 2% в 1995 г. и 3% в 2000 г.

В качестве бронходилатирующих средств использовались β_2 -агонисты, эуфиллин и теофедрин (см.рис.3). С 1990 по 1994 г. частота применения β_2 -агонистов и эуфиллина была сопоставима ($D_{\text{эуф.94}} = 0,649$ (ДИ — 0,591; 0,703), $D_{\text{б-2 агонист.94}} = 0,615$ (ДИ — 0,556; 0,761) ($p > 0,05$)). С 1995 г. доля эуфиллина в лечении больных астмой стала снижаться, а доля β_2 -агонистов расти. В 2000 г. эуфиллин использовался в лечении 47% больных, тогда как β_2 -агонисты — у 87%. Достоверность различий подтверждается и сравнением долей этих препаратов ($D_{\text{эуф.94}} = 0,865$ (ДИ — 0,834; 0,892), $D_{\text{б-2 агонист.94}} = 0,472$ (ДИ — 0,438; 0,503) ($p < 0,05$)). Использование теофедрина у больных БА ежегодно снижалось и к 2000 г. участковые терапевты его назначали 6% больных.

Изменения в структуре антиастматической терапии сопровождались положительной динамикой в состоянии пациентов, достижением медикаментозной ремиссии и уменьшением числа обострений, что подтверждается

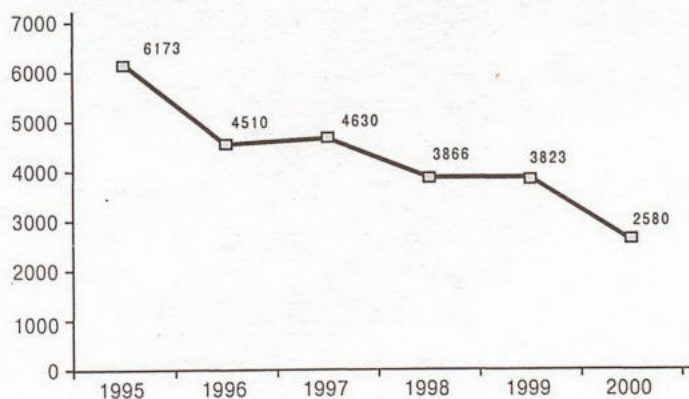


Рис.4. Обращение больных БА за экстренной медицинской помощью.

динамикой показателей вызовов скорой медицинской помощи (рис.4) и госпитализации больных (рис.5). За период с 1995 по 2000 г. на станцию скорой помощи поступили 25 582 вызова по поводу развившегося приступа удушья. Первые положительные результаты в виде снижения на 36% числа обращений за экстренной помощью были достигнуты уже по итогам первого года работы, а по итогам 6 лет число вызовов снизилось в 2,4 раза. Выборочный коэффициент ранговой корреляции между вызовами бригады скорой помощи по годам и долей применения ИГК в интервале 1995—2000 г. составил: $r = -0,943$ ($p = 0,035$). Принимая во внимание данные 1995 г. в качестве базового уровня количества вызовов к больным астмой, можно говорить на настоящий момент о несостоявшихся 11 458 выездах скорой помощи. Оставляя за рамками данной публикации эмоциональную и медицинскую стороны вопроса, суммируя только расходы по выезду бригады скорой помощи, экономия средств составила 4 021 758 руб. (при стоимости вызова 351 руб.).

Высокая эффективность антиастматической программы подтверждается и показателями соотношения экстренной и плановой госпитализации больных БА в КБСМП. За 11 лет в пульмонологическом отделении КБСМП находились на лечении 11 932 больных, из них 24,6%, или 2 932 пациента, были госпитализированы по поводу БА. С 1990 по 1994 г. доли экстренной и плановой госпитализаций не имели различий: ($D_{\text{план.90}} = 0,49$ (ДИ — 0,424; 0,562), $D_{\text{план.94}} = 0,57$ (ДИ — 0,506; 0,632) ($p > 0,05$), ($D_{\text{экстр.90}} = 0,57$ (ДИ — 0,438; 0,576), $D_{\text{экстр.94}} = 0,43$ (ДИ — 0,367; 0,494) ($p > 0,05$)). С 1994 по 2000 г. произошли снижение экстренной госпитализации с 43 до 19% ($D_{\text{экстр.94}} = 0,43$ (ДИ — 0,367; 0,494), $D_{\text{экстр.00}} = 0,19$ (ДИ — 0,147; 0,239) ($p < 0,05$), и рост плановой с 57 до 81% ($D_{\text{план.94}} = 0,57$ (ДИ — 0,506; 0,632), $D_{\text{план.00}} = 0,81$ (ДИ — 0,761; 0,852) ($p < 0,05$)). Кроме того, за анализируемый промежуток времени произошло сокращение длительности пребывания больных в стационаре на 4,2 дня. При наличии 544 госпитализаций по поводу астмы в 2000 г. как минимум не пришлось оплачивать лечение 2284 дней пребывания больного астмой в стационаре. Если принять во внимание, что лечение больного, поступившего в стационар по экстренным показани-

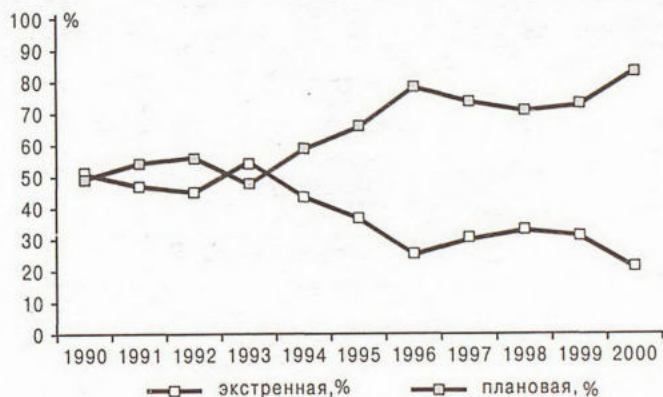


Рис.5. Экстренная и плановая госпитализация больных БА в КБСМП.



Рис.6. Динамика групп инвалидности по БА.

ям, требует намного больших затрат, чем планового больного, естественно, можно говорить о существенной экономии бюджетных средств.

Положительная динамика отмечается и в физической реабилитации больных астмой. С 1990 по 1995 г. отмечался неуклонный рост инвалидизирующей астмы, достигший в 1996 г. 21% от общего числа больных, зарегистрированных по городу. Через 5 лет работы антиастматической программы доля инвалидизирующей астмы снизилась в 1,7 раза ($D_{96} = 0,213$ (ДИ — 0,193; 0,232), $D_{00} = 0,131$ (ДИ — 0,116; 0,146) ($p < 0,05$)), а первичный выход на инвалидность сократился в 3,3 раза ($D_{96} = 0,062$ (ДИ — 0,052; 0,074), $D_{00} = 0,019$ (ДИ — 0,013; 0,026) ($p < 0,05$)). Кроме того, произошло снижение тяжести инвалидизации за счет перехода больных с 2-й на 3-ю группу инвалидности (рис.6).

Положительные социальные и медицинские результаты антиастматической программы позволяют провести расчеты по экономии бюджетных средств исходя из фактического финансирования здравоохранения конкретного региона. Естественно, что вслед за приступами астмы следует госпитализация, открытие больничных листов, социальные выплаты, человек "выпадает" из производства, не производит продукцию, не платит налоги, а, наоборот, увеличивает объем потребления достаточно дорогостоящих лекарственных средств. Рациональная антиастматическая терапия предотвращает отрицательные социальные и экономические последствия астмы.

Таким образом, опыт работы города по антиастматической программе в рамках реализации основных положений GINA позволяет сделать следующие выводы.

1. Разработка и внедрение региональных целевых программ борьбы с БА является эффективным способом реализации основных положений GINA в практическое здравоохранение.
2. Увеличение доли использования ИГК в базисной терапии больных астмой сопровождается снижением вызовов скорой медицинской помощи, экстренной госпитализации в стационар и уменьшением доли инвалидизирующей астмы.
3. Длительная терапия ИГК больных с инвалидизирующей астмой ведет к снижению тяжести инвалидизации.
4. Увеличение объема отпуска ИГК в структуре льготного обеспечения сопровождается уменьшением спроса на β_2 -агонисты, СГК, кромоны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билличенко Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы. В кн.: Чучалин А.Г. (ред.) Бронхиальная астма. М.: Агар; 1997; т.1: 400—423.
2. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия: Совместный доклад Национального института сердце, легкие и кровь и Всемирной организации здравоохранения. Русская версия под общ. ред. акад. А.Г.Чучалина. Пульмонология 1996; прил.: 1—157.
3. Леонтьев С.Л., Михайлов В.Г., Невзорова В.П. и др. Фармакотерапевтический менеджмент бронхиальной астмы. Клиническая медицина. 1998; 10: 39—41.
4. Лешукович Ю.В. Эпидемиология бронхиальной астмы. В кн.: Федосеев Г.Б. (ред.) Бронхиальная астма. СПб: Мед. информ. агенство; 1996. 5—12.
5. Омеляновский В.В., Белоусов Ю.Б., Попова Ю.Н. Что такое фармакоэкономика. Методы экономической оценки стоимости и затрат на лечение. Инфекции и антимикроб. тер. 2000; 1 (3): 80—85.
6. Thwaites R.M., Price M.S. Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов. Пульмонология 1998; 3: 19—23.
7. Чучалин А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития. Там же. 4: 6—22.
8. Burney P., Chinn S., Jarvis D. et al. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur. Respir. J. 1996; 9 (3): 687—695.
9. International consensus report on diagnostic and management of asthma. Publication № 92—3091. Bethesda, Maryland 20892, USA. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institute of Health. Bethesda; 1992.
10. Juniper E.F., Guyatt G.H., Ferrie P.J., Griffith L.E. Measuring quality of life in asthma. Am. Rev. Respir. Dis. 1993; 147: 832—838.

Поступила 18.07.01