

Медико-социальная значимость и расчет экономического бремени аксиального спондилоартрита в Российской Федерации

Ли́ла А.М.^{1,2}, Ду́бинина Т.В.¹, Древа́ль Р.О.³, Лапши́на С.А.⁴, Забо́тина А.Н.³

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва;

²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва; ³НП «Центр Социальной Экономики», Москва;

⁴ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань

¹Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; ²Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1;

³Россия, 119421, Москва, Ленинский проспект, 111, корп. 1; ⁴Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

Цель исследования — оценка экономического бремени анкилозирующего спондилита (АС) и перентгенологического аксиального спондилоартрита (нр-аксСпА) в Российской Федерации, а также доступности и экономических перспектив более полного обеспечения генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) больных АС и нр-аксСпА.

Пациенты и методы. Проанализированы распространенность АС и нр-аксСпА и организационные аспекты обеспечения ГИБП данной категории больных.

Разработана вариативная модель в Microsoft Excel, которая позволяет рассчитать показатели экономического бремени АС и нр-аксСпА в Российской Федерации с учетом потерь, связанных с утратой трудоспособности и инвалидизацией, а также низкой доступностью ГИБП.

При подготовке исследования были изучены данные реальной клинической практики и мнения экспертов в области аксиального спондилоартрита из различных субъектов Российской Федерации.

Экономическое бремя рассчитывалось как сумма прямых и косвенных затрат на 1 пациента и на популяцию в целом. Дополнительно определялось удельное экономическое бремя на душу населения.

Результаты и обсуждение. По экспертной оценке, распространенность АС и нр-аксСпА на сегодня составляет 105,0 и 33,2 тыс. человек соответственно. Актуальное экономическое бремя АС за 2019 г. оценено в 21,9 млрд руб. на популяцию, или в 395,5 тыс. руб. на 1 пациента. Соотношение прямых и косвенных затрат составляло 1:4, т. е. 4,7 млрд руб. — прямые затраты (84,3 тыс. руб. на 1 пациента) и 17,2 млрд руб. — косвенные затраты (311,2 тыс. руб. на 1 пациента). Бремя на душу населения — 149 руб.

Актуальное экономическое бремя нр-аксСпА за 2019 г. достигало 3,0 млрд руб. на популяцию, или 182,9 тыс. руб. на 1 пациента. Соотношение прямых и косвенных затрат расценено как 2:5, или 0,9 млрд руб. — прямые затраты (53,0 тыс. руб. на 1 пациента) и 2,2 млрд руб. — косвенные затраты (130,0 тыс. руб. на 1 пациента). Бремя на душу населения — 21 руб.

Заключение. Экономическое бремя АС и нр-аксСпА может быть снижено за счет обеспечения пациентов ГИБП в необходимом объеме: 15% пациентов при АС и 10% при нр-аксСпА. Из-за несовершенства нормативной базы пациенты с нр-аксСпА испытывают серьезные трудности при получении данной терапии в рамках льготного лекарственного обеспечения и обязательного медицинского страхования. При обеспечении ГИБП около 15 и 10% больных АС и нр-аксСпА соответственно на горизонте 5 лет ожидается снижение инвалидизации на 75% и временной утраты трудоспособности на 60%. При этом экономическое бремя за 5 лет уменьшится примерно на 40% для каждой нозологии.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит; перентгенологический аксиальный спондилоартрит; актуальность; эпидемиология; инвалидизация; базисная терапия; генно-инженерные биологические препараты; экономическое бремя; социальное бремя; лекарственное обеспечение; нормативно-правовые акты.

Контакты: Руслан Орестович Древал; dreval.ruslan@gmail.com

Для ссылки: Ли́ла АМ, Ду́бинина ТВ, Древа́ль РО и др. Медико-социальная значимость и расчет экономического бремени аксиального спондилоартрита в Российской Федерации. Современная ревматология. 2022;16(1):20–25. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-1-20-25

Medical and social significance and calculation of the economic burden of axial spondyloarthritis in the Russian Federation

Lila A.M.^{1,2}, Dubinina T.V.¹, Dreval R.O.³, Lapshina S.A.⁴, Zabolina A.N.³

¹V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow; ²Department of Rheumatology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow; ³Nonprofit Partnership «Center for Social Economics», Moscow;

⁴Kazan State Medical University, Kazan

¹34A, Kashirskoe shosse, Moscow 115522, Russia; ²2/1, Barrikadnaya street, building 1, Moscow 125993, Russia;

³111, Leninsky prospect, build. 1, Moscow 119421, Russia; ⁴49, Butlerova street, Kazan 420012, Russia

Objective: to assess the economic burden of ankylosing spondylitis (AS) and non-radiological axial spondyloarthritis (nr-axSpA) in the Russian Federation, as well as the availability and economic prospects for more complete provision of biological disease-modifying antirheumatic drugs (bDMARDs) to patients with AS and nr-axSpA.

Patients and methods. The prevalence of AS and nr-axSpA and organizational aspects of providing with bDMARDs to this category of patients were analyzed.

A variant model has been developed in Microsoft Excel, allows to calculate the indicators of the economic burden of AS and nr-axSpA in the Russian Federation, taking into account the economic losses associated with disability, as well as the low availability of bDMARDs.

During study preparation, data from real clinical practice and the opinions of experts in the field of AS from various regions of the Russian Federation were studied.

The economic burden was calculated as the sum of direct and indirect costs per patient and the population. Additionally, the specific economic burden per capita was determined.

Results and discussion. According to expert estimates, the prevalence of AS and nr-axSpA today is 105.0 and 33.2 thousand people, respectively. The current economic burden of the AS for 2019 is estimated at 21.9 billion rubles per population, or 395.5 thousand rubles for 1 patient. The ratio of direct and indirect costs was 1:4, i.e. 4.7 billion rubles – direct costs (84.3 thousand rubles per 1 patient) and 17.2 billion rubles – indirect costs (311.2 thousand rubles per 1 patient). The burden per capita – 149 rubles.

Nr-axSpA's current economic burden in 2019 reached 3.0 billion rubles, or 182.9 thousand rubles for 1 patient. The ratio of direct and indirect costs is estimated as 2:5, or 0.9 billion rubles – direct costs (53.0 thousand rubles per 1 patient) and 2.2 billion rubles – indirect costs (130.0 thousand rubles per 1 patient). The burden per capita – 21 rubles.

Conclusion. The economic burden of AS and nr-axSpA can be reduced by providing patients with bDMARDs in the required amount: 15% of patients with AS and 10% with nr-axSpA. Due to the imperfection of the regulatory framework, patients with nr-axSpA experience serious difficulties in receiving this therapy within the framework of preferential drug coverage and compulsory health insurance.

With the provision of bDMARDs for about 15 and 10% of patients with AS and nr-axSpA, respectively, on the horizon of 5 years, a decrease in disability by 75% and temporary disability by 60% is expected. At the same time, the economic burden for 5 years will decrease by about 40% for each nosology.

Key words: ankylosing spondylitis; non-radiological axial spondyloarthritis; relevance; epidemiology; disability; basic therapy; biological disease-modifying antirheumatic drugs; economic burden; social burden; drug supply; regulations.

Contact: Ruslan Orestovich Dreval; dreval.ruslan@gmail.com

For reference: Lila AM, Dubinina TV, Dreval RO, et al. Medical and social significance and calculation of the economic burden of axial spondyloarthritis in the Russian Federation. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2022;16(1):20–25. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-1-20-25

Международная группа по оценке спондилоартритов (СпА) ASAS (The Assessment of SpondyloArthritis international Society) предлагает выделять два клинических варианта этих заболеваний – аксиальный СпА (аксСпА) и периферический СпА. В свою очередь, аксСпА подразделяют на анкилозирующий спондилит (АС) и нерентгенологический аксСпА (nr-аксСпА) [1].

АС (M45.0) характеризуется обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом в анкилоз [2]. Медленное развитие рентгенологических изменений, характерных для сакроилиита (СИ), является одной из причин поздней диагностики – через 7–10 лет и более с момента появления первых симптомов заболевания [3]. АС сопровождается высокой инвалидизацией пациентов трудоспособного возраста: почти 50% больных в среднем в возрасте 40 лет становятся инвалидами [4].

Диагностика nr-аксСпА основывается на выявлении клинической картины, сходной с таковой АС, и признаков активного воспаления в КПС, которые можно визуализировать с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ), при отсутствии достоверного рентгенологического СИ. Алгоритм диагностического поиска при наличии хронической боли в спине, возникшей в возрасте до 45 лет, предполагает типирование HLA-B27 или проведение МРТ КПС с обязательным включением в протокол обследования режима подавления жира – STIR [5].

Доказано, что по степени активности и основным клиническим проявлениям пациенты с АС и nr-аксСпА суще-

ственно не различаются. При длительном наблюдении у подавляющего большинства пациентов с nr-аксСпА, особенно при неадекватном лечении, появляются рентгенологические признаки СИ, что дает основание диагностировать АС. Тем не менее у части из них даже через много лет после начала заболевания АС не развивается [6–9].

Распространенность АС ассоциируется с выявлением антигена HLA-B27 в конкретной популяции и нарастает от экватора (0%) к приарктическим регионам (25–40%). У жителей средних широт и европеоидной расы распространенность АС колеблется от 0,1 до 0,2% [10]. Пик заболеваемости АС приходится на возраст 25–35 лет. В настоящее время соотношение заболеваемости у мужчин и женщин приближается к 2:1, а на ранних стадиях – к 1:1 [9].

Официальная статистика Минздрава России не содержит данных о распространенности АС и nr-аксСпА. В отличие от ряда других ревматических заболеваний (РЗ), таких как ревматоидный артрит (РА) и псориазический артрит (ПсА), в ежегодных статистических сборниках представлена только общая информация о группе спондилопатий (M45–49; табл. 1).

Согласно сведениям Минздрава России, в 2019 г. зарегистрировано 125 600 больных спондилопатиями, среди которых доля АС может составлять 44% [11–12]. Точных данных о распространенности nr-аксСпА нет.

Тяжесть течения АС и nr-аксСпА обусловлена не только поражением позвоночника, периферических суставов и энтезисов, но и системными проявлениями хронического вос-

Таблица 1. Общая заболеваемость РЗ и спондилопатиями, по данным Минздрава России за 2019 г., тыс.
Table 1. Incidence of RD and spondylopathies, according to the Russian Ministry of Health in 2019, thousand people

Нозология	Общая заболеваемость
РА	324,5
Спондилопатии (M45–M49), включая АС и нр-аксСпА	125,6
ПсА	20,8

палительного процесса, повышенным риском развития коморбидных заболеваний и осложнений, которые увеличивают риск смерти. Для снижения активности заболевания, поддержания функционального состояния, предотвращения структурного прогрессирования пациенты нуждаются в лечении на протяжении всей жизни.

Первой линией терапии являются нестероидные противовоспалительные препараты, у пациентов с поражением периферических суставов дополнительно используются синтетические базисные противовоспалительные препараты. При неэффективности данного лечения показано назначение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) [13].

Нерешенность терминологических проблем, связанных с применением классификационных критериев аксСпА, оказывает существенное влияние на доступность терапии. В МКБ-10 АС кодируется как M45.0, прямого кода МКБ-10 для нр-аксСпА не существует [14]. С учетом возможности установления диагноза согласно клиническим данным для нр-аксСпА используется код M46.8 – другие уточненные воспалительные спондилопатии [15].

Назначать ГИБП больным АС позволяют не только льготные каналы: Федеральный закон (ФЗ) №178, постановление Правительства (ПП) РФ №890, но и средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, включенные в базовую программу (БП) обязательного медицинского страхования (ОМС) и высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Обеспечение пациентов ГИБП в системе БП ОМС предусматривает использование в рамках клинико-статистических групп ds36.004 (дневной стационар, ДС) и st36.003 (круглосуточный стационар, КС) «лечения с применением ГИБП и селективных иммунодепрессантов». В текущих условиях возможности использования ГИБП в системе ОМС (БП ОМС и согласно перечню ВМП БП ОМС) при нр-аксСпА ограничены из-за отсутствия кода M46.8 как критерия оплаты при формировании тарифов. Существующие нормативные диспропорции характерны и для действующей МКБ-10. В 2022 г. начнет полностью функционировать МКБ-11, однако в России ее внедрение завершится лишь к 2027 г. В МКБ-11 АС и нр-аксСпА будут кодироваться как аксСпА. Помимо указанных состояний, в этой классификации отдельными номенклатурными единицами будут обозначены периферический СпА, ПсА и прочие СпА. Сложный и длительный процесс перехода на МКБ-11 тормозит решение вопросов нормативного урегулирования обеспечения ГИБП больных нр-аксСпА. Ситуация может улучшиться с января 2022 г., так как в дополнение к МКБ-11 вступают в силу изменения ФЗ №323. В соответствии с этими изменениями клинические рекомендации рассматриваются как основа для разработки критериев качества и стан-

дартов медицинской помощи, с учетом которых будут определяться тарифы в системе ОМС.

Сегодня основанием для получения пациентами с нр-аксСпА ГИБП являются: 1) решение врачебной комиссии при назначении лекарственных препаратов по жизненным показаниям; 2) ФЗ №178 и ПП №890, предусматривающие назначение лекарственных средств при наличии статуса «инвалид». Таким образом, при нр-аксСпА доступ к высокоэффективной терапии серьезно затруднен. Существует когорта больных нр-аксСпА, не обеспеченных современным лечением, позволяющим сохранить трудоспособность.

Отсутствие объективной возможности для назначения терапии ГИБП всем нуждающимся в ней пациентам – одна из важнейших медицинских и социально-экономических проблем. Раннее применение данной терапии лимитировано не только необходимостью доработки традиционных схем лечения заболевания, но и в большей степени невозможностью отменить ГИБП в тех случаях, когда больные длительно получают их по причине рецидива заболевания на фоне прекращения терапии. В результате новые пациенты, которым показано лечение ГИБП, вынуждены ожидать своей «очереди» из-за ограниченного финансирования [11].

В России (по состоянию на ноябрь 2020 г.) для терапии АС зарегистрировано 5 оригинальных препаратов из группы ингибиторов фактора некроза опухоли α : адалимумаб (АДА), голимумаб (ГЛМ), инфликсимаб (ИНФ), цертолизумаба пэгол (ЦЗП), этанерцепт (ЭТЦ) и 3 ингибитора интерлейкина 17: секукинумаб (СЕК), нетакимаб (НТК) и иксекизумаб (ИКСЕ). Для лечения нр-аксСпА по зарегистрированному показанию применяются АДА, ГЛМ, ИКСЕ, ЦЗП, ЭТЦ. В настоящее время изучается эффективность и переносимость НТК при нр-аксСпА, СЕК был зарегистрирован по данному показанию в 2021 г.

Для лечения АС и нр-аксСпА применяются одинаковые дозы ГИБП с аналогичными индукционными схемами введения, если препарат предполагает индукцию (табл. 2).

Цель исследования – оценка экономического бремени АС и нр-аксСпА в Российской Федерации, а также доступности и экономических перспектив более полного обеспечения ГИБП больных АС и нр-аксСпА.

Пациенты и методы. Проанализированы распространенность АС и нр-аксСпА и организационные аспекты обеспечения таких пациентов ГИБП. Разработана вариативная модель в Microsoft Excel, которая позволяет рассчитать показатели экономического бремени АС и нр-аксСпА в Российской Федерации с учетом потерь, связанных с утратой трудоспособности, инвалидизацией, а также низкой доступностью ГИБП.

При подготовке исследования использованы данные реальной клинической практики и мнения экспертов в области аксСпА из различных субъектов Российской Федерации.

Согласно статистике Минздрава России, в 2019 г. зарегистрировано 125 600 больных спондилопатиями, среди которых на долю АС приходилось 44% [11]. Таким образом, расчетное количество больных АС в 2019 г. составило 55 264 человека. На основании цикла глубинных интервью с экспертами был определен средний показатель распространенности нр-аксСпА – 30% от распространенности АС. В итоге в 2019 г. расчетная распространенность нр-аксСпА составила 16 579 и 31 500 человек соответственно по данным Минздрава России и по оценке экспертов.

Таблица 2. Дозы ГИБП, применяемые в условиях стационара и амбулаторно
Table 2. Doses of bDMARDs used in inpatient and outpatient settings

МНН	В условиях стационара		Амбулаторно	
	средняя суточная доза, мг	средняя курсовая доза, мг	средняя суточная доза, мг	средняя курсовая доза, мг
АДА	40	80	40	960
ГЛМ	50	50	50	600
ИНФ	300	600	300	2700
ЦЗП	400	800	400	5600
ЭТЦ	50	150	50	2600
ИКСЕ	80	80	80	960
НТК	120	360	120	3240
СЕК	150	450	150	2250

В настоящей работе приведены результаты анализа экономического бремени АС и нр-аксСпА в Российской Федерации, основанные на сведениях государственной статистики, нормативно-правовых актах и экспертных оценках (в том числе по итогам цикла интервью) с применением преимущественно нормативного метода расчетов. По мнению экспертов, в ГИБП могут нуждаться от 7 до 10% всех больных с нр-аксСпА. Согласно стандартам лечения Минздрава России, усредненная частота предоставления ГИБП больным с диагнозами М07, М09, М45, М46.8, М46.9 составляет 6% при амбулаторном лечении и 25% при стационарном. По данным реальной клинической практики и экспертной оценки, необходимыми ГИБП обеспечены 8,1% больных АС и 5,3% больных нр-аксСпА.

В соответствии с методическими рекомендациями ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России [16] экономическое бремя рассчитывалось как сумма прямых и косвенных затрат на 1 пациента и на популяцию в целом. Дополнительно определялось удельное экономическое бремя на душу населения.

Результаты и обсуждение. Актуальное экономическое бремя АС за 2019 г. оценено в 21,9 млрд руб. на популяцию, или в 395,5 тыс. руб. на 1 пациента (табл. 3). Соотношение прямых и косвенных затрат составило 1:4, т. е. 4,7 млрд руб. – прямые затраты (84,3 тыс. руб. на 1 больного) и 17,2 млрд руб. – косвенные затраты (311,2 тыс. руб. на 1 пациента). Бремя на душу населения – 149 руб.

Основная часть затрат (60%) в структуре экономического бремени приходилась на недополученный валовой внутренний продукт (ВВП) за счет снижения трудоспособности пациентов. Доля лекарственной терапии в структуре экономического бремени невысока – 8,2%, а непосредственно ГИБП – 5,8% (1,3 млрд руб. в год).

Актуальное экономическое бремя нр-аксСпА за 2019 г. оценено в 3,0 млрд руб. на популяцию, или в 182,9 тыс. руб. на 1 пациента (табл. 4). Соотношение прямых и косвенных затрат составило 2:5, при этом 0,9 млрд руб. – прямые затраты (53,0 тыс. руб. на 1 больного) и 2,2 млрд руб. – косвенные (130,0 тыс. руб. на 1 пациента). Бремя на душу населения – 21 руб.

Недополученный ВВП достиг 50% экономического бремени. Доля затрат на лекарственную терапию была не-

сколько выше, чем при АС, – 13,4% (406 млн руб.), включая 8,5% затрат на ГИБП (258 млн руб.).

Предложения по изменению обеспечения ГИБП были сформированы в ходе полевого экспертного исследования. По оценке профильных специалистов, смещение акцента с КС в сторону ДС снимет лишнюю нагрузку с системы здравоохранения, так как большинство пациентов с АС не нуждаются в полном наборе медицинских услуг, предусмотренных стандартами лечения.

Модель расчета экономического эффекта учитывала существенное увеличение расходов на ГИБП, при этом остальные статьи расходов снижались начиная с 1-го года в связи с уменьшением длительности временной утраты трудоспособности (ВУТ), количества госпитализаций и инвалидизации.

Согласно рекомендациям экспертов, при АС были получены следующие целевые доли охвата ГИБП: общее количество пациентов, нуждающихся в терапии ГИБП, – 15%,

Таблица 3. Структура экономического бремени АС за 2019 г., руб.
Table 3. The structure of the economic burden of AS for 2019, rubles

Показатель	АС	
	на 1 пациента	на популяцию
Прямые затраты	84 334	4 660 611 452
Косвенные затраты	311 165	17 196 201 052
Сумма общих затрат	395 498	21 856 812 504
Бремя на душу населения	149	

Таблица 4. Структура экономического бремени нр-аксСпА за 2019 г., руб.
Table 4. The structure of the economic burden of nr-axSpA for 2019, rubles

Показатель	Нр-аксСпА	
	на 1 пациента	на популяцию
Прямые затраты	52 989	878 504 345
Косвенные затраты	129 925	2 154 019 554
Сумма общих затрат	182 914	3 032 523 899
Бремя на душу населения	21	

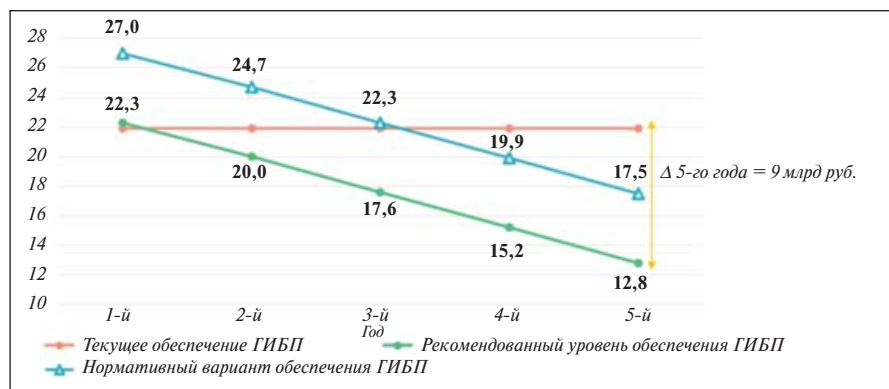


Рис. 1. Изменение экономического бремени АС на протяжении 5 лет, млрд руб.
Fig. 1. Change in the economic burden of the AS over 5 years, billion rubles

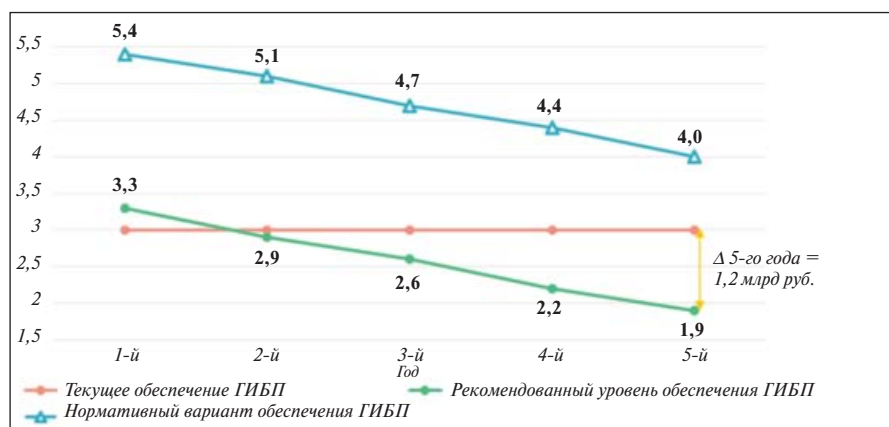


Рис. 2. Изменение экономического бремени nr-axSpA на протяжении 5 лет, млрд руб.
Fig. 2. Changes in the economic burden of nr-axSpA over 5 years, billion rubles

из них пациентов КС – 1%, ДС – 14%. В 1-й год общая сумма затрат на повышенный уровень обеспечения ГИБП будет превосходить текущую на 1,9% (413,8 млн руб.). Начиная со 2-го года произойдет значимое снижение экономического бремени – на 41% в год по сравнению с 9% ранее. Экономия на затратах со 2-го года составит 1,8 млрд руб., а к 5-му году – уже 9,1 млрд руб. Суммарное снижение экономического бремени за 5 лет достигнет 21,5 млрд руб., т. е. фактически будет равно текущему годовому экономическому бремени (рис. 1).

При нормативном варианте охвата ГИБП (25% стационарных пациентов и 6% амбулаторных) экономическое бремя nr-аксСпА в 1-й год возрастет на 23% – до 27,0 млрд руб. С учетом эффективности данного лечения на горизонте 5 лет суммарный объем расходов снизится до 17,5 млрд руб. и будет ниже текущего объема на 20%, но на 37% выше по сравнению с вариантом охвата ГИБП, рекомендованным экспертами.

При nr-аксСпА были получены следующие целевые доли охвата ГИБП: общее количество пациентов, находящихся на терапии ГИБП, – 10%, из них пациенты КС – 1%, ДС – 8%, амбулаторные – 1%. В 1-й год общая сумма затрат на повышенный уровень обеспечения ГИБП будет выше те-

кущей на 10% (302,0 млн руб.). Начиная со 2-го года отмечается постепенное снижение экономического бремени – на 38% в год по сравнению с 2% ранее. Динамика уменьшения затрат на nr-аксСпА аналогична таковой при АС, хотя в абсолютных цифрах это менее заметно, так как увеличение доли пациентов, нуждающихся ГИБП, было больше на 88% по сравнению с 60% для АС. Экономия на затратах начинается со 2-го года и составляет 53 млн руб., а к 5-му году она достигает 1,2 млрд руб. Суммарное снижение экономического бремени за 5 лет составит 2,1 млрд руб., т. е. 2/3 текущего экономического бремени в год (рис. 2).

При нормативном варианте охвата ГИБП экономическое бремя nr-аксСпА в 1-й год возрастет более чем в 1,5 раза – до 5,4 млрд руб. С учетом эффективности данной терапии на горизонте 5 лет суммарный объем расходов снизится до 4,0 млрд руб., однако останется существенно выше текущего (на 25%). По сравнению с вариантом охвата ГИБП, рекомендованным экспертами, показатель экономического бремени по нормативному варианту будет больше на 64% на старте и на 105% на 5-м году применения модели.

Заключение. АС и nr-аксСпА – хронические заболевания, приводящие к негативным социально-экономическим последствиям в результате инвалидизации больных, ВУТ и высокой стоимости терапии.

Экономическое бремя АС и nr-аксСпА может быть снижено за счет обеспечения пациентов ГИБП в необходимом объеме: 15% пациентов при АС и 10% при nr-аксСпА. Из-за недостаточной проработанности нормативной базы пациенты с nr-аксСпА испытывают серьезные трудности при получении данной терапии в рамках льготного лекарственного обеспечения и ОМС.

При обеспечении ГИБП около 15 и 10% больных АС и nr-аксСпА соответственно на горизонте 5 лет ожидается снижение инвалидизации на 75% и ВУТ на 60%. При этом экономическое бремя за 5 лет уменьшится примерно на 40% для каждой нозологии.

Модель расчета экономического эффекта новой стратегии обеспечения ГИБП предусматривала существенное увеличение затрат на терапию, при этом остальные статьи расходов снижались начиная с 1-го года благодаря уменьшению длительности ВУТ, количества госпитализаций и инвалидизации.

Это означает, что оптимизации медицинской помощи больным АС и nr-аксСпА можно добиться даже при умеренном увеличении объема обеспечения ГИБП

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

11. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*. 2011 Jan; 70(1):25-31. doi: 10.1136/ard.2010.133645. Epub 2010 Nov 24.
2. Эрдес ШФ, Бадюкин ВВ, Бочкова АГ и др. О терминологии спондилоартритов. Научно-практическая ревматология. 2015; 53(6):657-60. (In Russ.).
[Erdes ShF, Badokin VV, Bochkova AG, et al. On the terminology of spondyloarthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2015; 53(6):657-60. (In Russ.).]
3. Дубинина ТВ, Эрдес ШФ. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в клинической практике. Научно-практическая ревматология. 2010; 48(2):43-8.
[Dubinina TV, Erdes ShF. Causes of late diagnosis of ankylosing spondylitis in clinical practice. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2010;48(2):43-8. (In Russ.).]
4. Подряднова МВ, Балабанова РМ, Урумова ММ, Эрдес ШФ. Взаимосвязь клинических характеристик анкилозирующего спондилита с трудоспособностью и производительностью труда. Научно-практическая ревматология. 2014;52(5): 513-19.
[Podryadnova MV, Balabanova RM, Urumova MM, Erdes ShF. Correlation between clinical characteristics of ankylosing spondylitis and work capacity and productivity. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2014;52(5): 513-19. (In Russ.).]
5. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jun;68 Suppl 2:ii1-44. doi: 10.1136/ard.2008.104018
6. Slobodin G, Eshed I. Non-Radiographic Axial Spondyloarthritis. *Isr Med Assoc J*. 2015 Dec;17(12):770-6.
7. Черенцова ИА, Оттева ЭН, Островский АБ. Сравнительная оценка пациентов с анкилозирующим спондилитом и нерентгенологическим аксиальным спондилоартритом. Научно-практическая ревматология. 2016;54(Прил. 1):25-8. [Cherentsova IA, Otteva EN, Ostrovsky AB. Comparative evaluation of patients with ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2016;54(Suppl. 1):25-8. (In Russ.).]
8. Румянцева ДГ, Дубинина ТВ, Демина АБ и др. Анкилозирующий спондилит и нерентгенологический аксиальный спондилоартрит: две стадии одной болезни? Терапевтический архив. 2017;89(5):33-7. [Rumyantseva DG, Dubinina TV, Demina AB, et al. Ankylosing spondylitis and non-radiological axial spondylitis: two stages of the same disease? *Terapevticheskii arkhiv*. 2017;89(5): 33-7. (In Russ.).]
9. Румянцева ДГ, Эрдес ШФ. Аксиальный спондилоартрит: современный взгляд на концепцию и эволюцию болезни. Современная ревматология. 2019;13(4):4-10. [Rumyantseva DG, Erdes ShF. Axial spondyloarthritis: a current look at the concept and evolution of the disease. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(4):4-10. (In Russ.).] doi: 10/14412/1996-7012-2019-4-4-10
10. Stolwijk C, Boonen A, van Tubergen A, Reveille JD. Epidemiology of spondyloarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2012 Aug;38(3): 441-76. doi: 10.1016/j.rdc.2012.09.003
11. Лиля АМ, Древалъ РО, Шипицын ВВ. Оценка организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения при ревматических заболеваниях и социально-экономического бремени этих болезней в Российской Федерации. Современная ревматология. 2018;12(3):112-19. [Lila AM, Dreval RO, Shipitsyn VV. Assessment of organization of medical care and drug provision for patients with rheumatic diseases, and the socioeconomic burden of these diseases in the Russian Federation. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2018;12(3):112-19. (In Russ.).] doi: 10/14412/1996-7012-2018-3-112-119
12. <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooхран-2019.pdf>
13. Гайдукова ИЗ, Ребров АП, Лапшина СА и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов и генно-инженерных биологических препаратов для лечения аксиальных спондилоартритов. Рекомендации Экспертной группы по изучению спондилоартритов при Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России». Научно-практическая ревматология. 2017; 55(5):474-84.
[Gaidukova IZ, Rebrov AP, Lapshina SA, et al. Use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and biological agents for the treatment of axial spondyloarthritis. Recommendations of the Spondyloarthritis Study Group of Experts, All-Russian Public Organization «The Association of Rheumatology of Russia». *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2017;55(5): 474-84. (In Russ.).]
14. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Том 1. Часть 1. Москва: Медицина; 1995.
[*Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em* [The International Statistical Classification of Diseases and Related Health]. 10th Revision. Volume 1. Part 1. Moscow: Meditsina; 1995].
15. Эрдес ШФ, Бочкова АГ, Дубинина ТВ и др. Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита. Научно-практическая ревматология. 2013;51(4):365-67.
[Erdes ShF, Bochkova AG, Dubinina TV, et al. Early diagnosis of ankylosing spondylitis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2013; 51(4):365-67. (In Russ.).]
16. https://rosmedex.ru/wp-content/uploads/2019/06/MR-KE%601_novaya-redaktsiya_2018-g..pdf

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
11.10.2021/28.11.2021/3.12.2021

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Лиля А.М. <https://orcid.org/0000-0002-6068-3080>
Дубинина Т.В. <https://orcid.org/0000-0002-1771-6246>
Древалъ Р.О. <https://orcid.org/0000-0002-5109-7772>
Лапшина С.А. <https://orcid.org/0000-00015474-8565>