Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА**

**« НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ**

**ІМЕНІ Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»**

**ОВЧАРУК МАРІЯ ВАЛЕНТИНІВНА**

 УДК: 616 – 071. 616.233-002. 616.248. 33.615.015. 615.035

**ТЯЖКІ ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ:**

**КЛІНІЧНИЙ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ**

 14.01.27 - пульмонологія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

**Київ - 2009**

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Вінницькому національному медичному університеті
імені М.І. Пирогова МОЗ України

**Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор

**Мостовий Юрій Михайлович**,

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова МОЗ

України, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор

**Дзюблик Олександр Ярославович**,

Державна установа „Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України”, завідувач відділення технологій лікування неспецифічних захворювань легень

доктор медичних наук, професор

**Лисенко Григорій Іванович**,

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач кафедри сімейної медицини

Захист відбудеться „ 28 ” вересня 2009 р. о 1300 год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при Державній установі „Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України” (03680, м. Київ, вул. М.Амосова, 10)

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Державної установи „Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України” (м. Київ, вул. Амосова, 10)

Автореферат розісланий „ 25 ” серпня 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Ж. Б. Бегоулева

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність проблеми.** Бронхіальна астма (БА) є однією з найважливіших медико-соціальних проблем, що обумовлено високою захворюваністю і смертністю, а також значними економічними втратами, пов’язаними з інвалідністю (Фещенко Ю.І., 2006).

За даними епідеміологічних досліджень, на БА хворіють понад 5 % населення в світі. Несприятлива епідеміологічна ситуація, тяжкий перебіг бронхіальної астми пов’язані зі значним впливом таких шкідливих чинників, як велика кількість алергенів, професійна шкідливість, ксенобіотики, нераціональне харчування, використання ферментних хімічних засобів у побуті, безсистемне вживання великої кількості медикаментів, активне і пасивне паління, підвищений темп життя та стреси. Істотне значення має і обтяжена спадковість щодо атопії, бронхіальної астми (Фещенко Ю.І., 2003).

Протягом останнього часу в Україні проводиться значна робота щодо вдосконалення медичної допомоги хворим на БА. Реальним досягненням вітчизняної пульмонології останніх років є розробка і впровадження в практику охорони здоров’я державних узгоджувальних документів: накази № 311 (1999 р.), № 499 (2003 р.) МОЗ України. У 2007 р. накази були поновлені і на сьогодні лікарі керуються наказом № 128 від 19.03.2007 р. Втілення в практику державних наказів намітило певні позитивні тенденції в перебігу захворювання. Поряд з цим, у нашій країні та й за кордоном, існують складнощі в курації хворих із тяжкою, неконтрольованою астмою (Яшина Л.О., 2007). Недостатньо вивчений не лише контингент цих хворих, а й ряд фармакоекономічних показників, пов’язаних із БА та із перебігом захворювання. Існують поодинокі публікації з цього приводу. Так, згідно з багатоцентровим дослідженням ENFUMOSA (2003), де вивчались питання прогресування й контролю симптомів БА, астма з тяжким перебігом становить близько 5 % від усіх випадків захворювань, має притаманні їй клініко-функціональні особливості, які є визначальними для інвалідизації та летальності. Отже, проблема тяжкого перебігу БА та частих тяжких загострень БА (ТЗБА) потребує більш ретельного вивчення (Abraham B. et al., 2003). У Росії, за даними Ленской Л.Г та співавт. (2004), встановлено, що у пацієнтів з контрольованим перебігом БА переважають витрати на базисну терапію захворювання, а у пацієнтів з неконтрольованим перебігом БА – державні витрати на високовартісні види медичної допомоги. За даними Пунина А.А. та співавт. (2003), існує показовий досвід щодо страхового забезпечення хворих інгаляційними кортикостероїдами, що дозволило знизити кількість викликів швидкої допомоги (ШД) до таких пацієнтів у 3 рази, знизились також показники екстреної госпіталізації.

У зв’язку з тим, що БА є економічним тягарем навіть для розвинених країн світу, впровадження в практику охорони здоров’я фармакоекономічних знань є обов’язковим і невід’ємним аспектом сучасного розвитку медицини. В Україні економічні аспекти пульмонології почали вивчатись не так давно. Проведення економічних розрахунків утруднено через те, що в Україні лише приблизно вивчена вартість певних медичних послуг, яка ще й постійно змінюється в зв’язку з економічною нестабільністю в державі (Мостовий Ю.М., 2001).

У Луганській області вивчена структура прямих і непрямих витрат, пов’язаних з БА, і встановлено, що сумарні непрямі витрати на 1 рік для хворих з тяжким перебігом втричі перевищували аналогічні для пацієнтів з середньотяжким перебігом (Победьонна Г.П., 2006).

Аналіз літератури встановив обмаль робіт, що присвячені вивченню клінічного аналізу при тяжких загостреннях БА, особливостям цього контингенту хворих, вивченню витрат на надання невідкладної допомоги та планового лікування цих пацієнтів. У зв’язку з цим вивчення зазначених питань є актуальним, має практичне та соціально-економічне значення.

**Зв’язок роботи с науковими програмами, планами, темами.** Дисертація є фрагментом наукової роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пиро-гова на тему „Особливості надання медичної допомоги на амбулаторному та стаціонарних етапах за розповсюджених захворювань внутрішніх органів з урахуванням параметрів якості життя та фармакоекономічних показників” (№ держреєстрації 0103U000201).

**Мета дослідження:** встановити особливості контингенту хворих з тяжкими загостреннями бронхіальної астми, основні медичні та соціальні чинники загострень, провести фармакоекономічний аналіз витрат, оптимізувати лікування цього контингенту хворих.

**Задачі дослідження:**

1. Дослідити динаміку викликів швидкої допомоги за даними ретроспективного аналізу за період 1995, 2000, 2005 рр.
2. Вивчити статево-вікову структуру хворих з частими тяжкими загостреннями бронхіальної астми, дослідити основні медико-соціальні чинники, що призводять до виникнення тяжких загострень бронхіальної астми.
3. Здійснити фармакоепідеміологічний аналіз застосування лікарських препаратів для лікування бронхіальної астми у осіб з частими тяжкими загостреннями бронхіальної астми.
4. Провести аналіз низки фармакоекономічних показників, що пов’язані з частими тяжкими загостреннями бронхіальної астми.
5. Вивчити клініко-функціональні характеристики хворих з частими тяжкими загостреннями бронхіальної астми, що отримують базисну терапію, та тих, які користуються послугами швидкої допомоги.

*Об’єкт дослідження:* бронхіальна астма.

*Предмет дослідження:* особливості клінічного перебігу, фармакоепіде-міологічні та фармакоекономічні показники тяжких загострень бронхіальної астми.

*Методи дослідження:* клінічний – з вивченням основних суб’єктивних, об’єктивних та додаткових методів обстеження, функціональні методи дослідження – спірографія, методи фармакоекономічного аналізу, психологічні методики Спілберга-Ханіна та Цунге, статистичні методи.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Проведено поглиблений клінічний, соціальний, фармакоекономічний, фармакоепідеміологічний аналіз хворих з тяжкими загостреннями бронхіальної астми.

Установлено, що за останнє десятиріччя відбулося зменшення викликів з приводу тяжких загострень бронхіальної астми відносно загальної кількості викликів.

Незважаючи на зменшення загальної кількості викликів швидкої допомоги з приводу бронхіальної астми частка повторних викликів збільшилась. Установлено достовірне зменшення частки ургентних госпіталізацій з приводу тяжких загострень бронхіальної астми.

Вивчена статево-вікова структура, освітній, матеріальний рівні пацієнтів з частими тяжкими загостреннями бронхіальної астми. Проведений фармакоепідеміологічний аналіз лікарських засобів, що використовуються хворими для лікування бронхіальної астми.

Установлено, що комбінована терапія в осіб, які раніше регулярно не приймали лікування, дає позитивну картину через місяць після початку лікування, а застосування її протягом 3-х місяців дозволяє досягти майже повного контролю над захворюванням.

Фармакоекономічний аналіз показав, що за останні роки відбулось необґрунтоване зменшення виділення коштів на безкоштовні рецепти хворим на бронхіальну астму та збільшення витрат на надання невідкладної допомоги таким хворим.

**Практичне значення одержаних результатів**

Розроблено та впроваджено в практику охорони здоров’я ряд інформаційно-освітніх матеріалів, використання яких обґрунтовує переваги базисної терапії бронхіальної астми, що дає можливість лікарям з більшою ефективністю мотивувати хворих до її використання.

Серед контингенту хворих з некерованою астмою виділено групу хворих, які потребують дообстеження психотерапевтів. Аналіз витрат, пов’язаних з бронхіальною астмою, аналіз витрат на базисне лікування, дає змогу розробити об’єктивні рекомендації щодо фінансування та економічної допомоги хворим з некерованим перебігом бронхіальної астми.

**Впровадження результатів дослідження в практику.** Результати дослідження запропоновані для використання Управлінням охорони здоров’я Вінницької обласної ради та Управлінням охорони здоров’я Вінницької міської ради. Матеріали роботи впроваджені в роботуміської станції швидкої допомоги, пульмонологічного відділення Вінницької обласної лікарні, пульмонологічного відділення міської лікарні № 1 м. Вінниці. Матеріали роботи впроваджені у навчальний процес кафедр пропедевтики внутрішньої медицини, внутрішньої медицини № 3 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням автора. Автор проаналізувала звіти міської станції швидкої допомоги за 1995, 2000, 2005 рр. Самостійно розробила анкету для обстеження хворих на БА. Самостійно проводила обстеження тематичних хворих. Оволоділа методиками фармакоепідеміологічного, фармакоеконо-мічного, психологічного аналізів. Аналіз та узагальнення результатів, статистичне опрацювання матеріалу, оформлення дисертаційної роботи здійснене автором самостійно.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи оприлюднені і обговорювались на ІІІ міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених „Молодь та медична наука на початку XXI століття” (Вінниця, 2006 р.); XII науково-практичній конференції молодих вчених та фахівців Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (Вінниця, 2006 р.); науково-практичній конференції „Актуальні питання фармакотерапії у загальній практиці – сімейній медицині” (Вінниця, 2006 р.); ХІІІ університетській (ХХХХІІІ вузівській) науково-практичній конференції молодих вчених та фахівців (Вінниця, 2007 р.); науково-практичній конференції „Терапія-2008: досягнення і перспективи” (Вінниця, 2008 р.).

**Публікації.** Результати дисертації опубліковані в 13 наукових працях, з них 4 статті – у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України (4 одноосібних), 9 –у матеріалах конгресів і конференцій, із них 3 у матеріалах Європейського респіраторного товариства. Складено інформаційний лист „Фармакоекономічна оцінка базисної терапії бронхіальної астми у хворих з неконтрольованим її перебігом та частими тяжкими загостреннями” (Київ, 2008).

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертація викладена на 145 сторінках, ілюстрована 25 рисунками і 29 таблицями. Вона складається із вступу, огляду літератури, розділу „Матеріали і методи досліджень”, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, додатків, списку використаної літератури, який нараховує 171 джерело.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали і методи дослідження.** Відповідно до поставленої мети та задач проводилось декілька етапів дослідження. На першому етапі аналізувались виклики міської станції ШД за 1995, 2000, 2005 рр. Аналіз проводився на основі звітів ШД, в яких підлягали вивченню: загальна кількість викликів, кількість викликів з приводу БА, кількість ургентних госпіталізацій каретою швидкої допомоги з приводу ТЗБА.

На другому етапі було відібрано 81 хворого, які в 2005 році 5 і більше разів на рік викликали ШД з приводу ТЗБА. При їх обстеженні використовувалась спеціально розроблена анкета, що містила інформацію про стать, вік, освіту, тривалість захворювання, причину початку захворювання та про лікування БА. Питання анкети були складені з метою встановлення особливостей контингенту хворих, що регулярно користуються послугами ШД.

На третьому етапі була сформована група з 67 осіб з частими ТЗБА, яким було проведене клінічне обстеження. У подальшому ця група була розділена на 2 підгрупи – 32 і 35 осіб. В І групу, основну, увійшли пацієнти, яким проводилась комбінована терапія сальметеролом/флютиказоном. У ІІ-й, контрольній групі, пацієнти продовжували лікуватись безсистемно. Як критерій контролю за перебігом захворювання, ми використовували АСТ-тест (Asthma Control Test). Опитувальник дає змогу констатувати якість лікування, яке, як відомо, орієнтоване на досягнення повного контролю над захворюванням. На початку обстеження та через 1 місяць всім пацієнтам проводився запис спірограми. Функцію зовнішнього дихання оцінювали за таким швидкісним показником, як об’єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1). У пацієнтів, що мали нормальні показники функції зовнішнього дихання та часті виклики ШД, використовувались стандартизовані психологічні методики Спілберга-Ханіна та Цунге.

При розрахунку фармакоекономічних показників вивчались прямі витрати, пов’язані з БА, і вартість базисного лікування пацієнтів середньої тяжкості та з тяжким персистуючим перебігом.

Статистична обробка виконувалась за допомогою критерію χ2– статистики та з використанням t-критерію Стьюдента в пакеті “STATISTICA 5.5” (ліцензійний № AXXR910A374605FA).

**Результати дослідження та їх обговорення**

Проаналізовано виклики з приводу БА та проведене співставлення їх з загальною кількістю викликів. У 1995 р. викликів з приводу ТЗБА було зроблено 3873, в 2000 р. – 4034 і в 2005 році – 3190, що склало відповідно
3,7 %, 3,2 % та 2,6 % від загальної кількості виїздів бригади ШД. Кількість викликів у 2000 р. зменшилась порівняно з 1995 р. на 0,5 %, а кількість викликів у 2005 р. порівняно з 2000 р. зменшилась на 0,7 %. Кількість викликів у 2005 р. порівняно з 1995 р. зменшилась на 1,1 %, різниця достовірна (х2 = 33,100, р < 0,005) (табл. 1).

*Таблиця 1*

**Порівняльний аналіз частоти викликів швидкої допомоги з приводу бронхіальної астми в 1995, 2000, 2005 роках відносно загальної**

**кількості викликів**

|  |  |
| --- | --- |
| Виклики швидкої допомоги | Рік |
| 1995 | 2000 | 2005 |
| Загальна кількість викликів | 102929 | 122799 | 122540 |
| Кількість викликів з приводу бронхіальної астми | 3873\* | 4034 | 3190 |
| Співвідношення кількості викликів з приводу БА із загальною кількістю викликів (%) | 3,7 % | 3,2 % | 2,6 % |

Примітка. \* - статистично вірогідний результат відносно кількості викликів з приводу бронхіальної астми при р < 0,005 в 1995 та 2005 рр.

Після вивчення викликів з приводу ТЗБА, в подальшому була розглянута динаміка повторних викликів. Частка повторних викликів від загальної кількості викликів з приводу БА склала в 1995 р. 72, 5 %. Частка повторних викликів відносно загальної кількості викликів з приводу БА в 2000 р. склала 92%. У 2005 р. частка повторних викликів склала 83,5 % від загальної кількості викликів з приводу БА. Незважаючи на зменшення загальної кількості викликів з приводу БА, частка в них повторних викликів збільшилась (рис.1).

Госпіталізація пацієнта є показником тяжкості загострення БА. Аналіз ургентних госпіталізацій при ТЗБА показав, що спостерігається їх достовірне зменшення в 2000 р. порівняно з 1995 р. (х2 = 6,80; p < 0,01). Тенденція до зменшення спостерігалась і в 2005 р. порівняно з 2000 р. (х2 = 0,01; p > 0,05). Спостерігаємо достовірне зменшення кількості госпіталізацій в 2005 р. порівняно з 1995 р. (х2 = 7,48; p < 0,01) (рис. 2).

Це пов’язано, з одного боку, з більш легким перебігом загострень у пацієнтів, хворих на БА, з іншого боку, з тим, що стаціонарне лікування є матеріальним тягарем для пацієнта, тому він відмовляється від госпіталізації, економлячи власні кошти.

Рис. 1. Динаміка кількості повторних викликів у1995 , 2000, 2005 рр.

Рис. 2. Динаміка кількості госпіталізацій пацієнтів з БА бригадою ШД в 1995, 2000, 2005 рр.

У подальшому, вивчався контингент пацієнтів, які більше 5 разів на рік викликали ШД. Групу спостереження хворих на БА склала 81 особа. Серед 81 хворого було 34 чоловіки (42 %) та 47 жінок (58 %). Молодих осіб і осіб першого зрілого віку було 7 чол., осіб другого зрілого віку та старших за 60 років було 74 особи (рис. 3).

Рис. 3. Розподіл обстежуваних хворих, які часто викликали швидку допомогу у 2005 р. за віком.

За рівнем освіти хворі були розподілені на тих, що мали середню освіту – 55 чол. (67,9 %), вищу освіту –17 хворих (21 %), без освіти – 9 чол. (11,1 %).

Найбільшу групу серед обстежених хворих складають особи зі стажем захворювання 11-20 років – 37 чол. (44,4 %) та 21-30 років – 24 чол. (34, 6 %) (рис. 4).

Рис. 4. Розподіл обстежуваних пацієнтів за стажем захворювання.

Вивчення причин початку захворювання показало, що домінуючу роль у його розвитку відіграє інфекційний фактор, його діагностовано у 66 хворих, (81,5 %); професійний фактор став причиною початку БА у 17 хворих (20,1 %); обтяжений алергологічний анамнез встановлено у 9 хворих (11,1 %). Отож, є підстави вважати, що провідними тригерними факторами, що призводять до виникнення та формування ТЗБА, є вірусні та бактеріальні інфекції дихальних шляхів.

Вивчення платоспроможності пацієнтів показало, що у більшості із них – 58 осіб (72 %) місячний прибуток складав до 500 грн., лише у 23 осіб (28 %) – він був понад 500 грн., але менше 1000 грн.

Вивчення переліку препаратів, якими лікувались пацієнти, показав, що найчастіше вони використовували бронходилятаційні ліки, а саме ß2-агоністи короткої дії – 66 чол. (81,5 %) та метилксантини – 35 хворих (43,2 %). Інгаляційні глюкокортикостероїди вживало 49 (60,5 %) хворих, але при ретельному опитуванні встановлено, що ці препарати застосовувались короткочасно, лише при загостренні та в неадекватних стану пацієнта дозах. Системні глюкокортикостероїди застосовували 33 хворих (40,7%), спазмолітичні препарати – 11 пацієнтів (13,6 %), комбіновану терапію – 3 хворих (3,7 %).

Очевидно, що більшість хворих, у яких в подальшому виникли ТЗБА, не дотримувались існуючих стандартів лікування БА (табл. 2).

*Таблиця 2*

Групи протиастматичних препаратів, що використовуються для лікування астми

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Групи препаратів | Назва | Частка хворих, що вказала на застосування(%)n=81 |
| Бронходилятатори | Сальбутамол | 66 (81,5 %) |
| Беротек, Беродуал, Астмопент | 35 (35,8 %) |
| Інгаляційні кортикостероїди | Фліксотид, Будесонід, Беклофорт, Беклазон, Будекорт | 49 (60,5 %) |
| Метилксантини | Теопек, Еуфілін | 35(43,2 %) |
| Системні глюкокортикостероїди | Преднізолон, Дексометазон, Полькортолон | 33 (40,7 %) |
| Спазмолітики | Но-шпа, Спазган, Баралгін, Ренальган | 11 (13,6 %) |
| Комбіновані препарати | Сальметерол/флютиказон | 3 (3,7 %) |

Згідно з поставленою метою та задачами дослідження проведено клініко-функціональне порівняння пацієнтів, які отримують базисну терапію, та тих, які лікуються хаотично. Клінічні показники вивчались з використанням АСТ-тесту, функціональні – за допомогою спірографічного дослідження.

В основній та контрольній групах перед початком дослідження середній бал АСТ-тесту був майже однаковим і становив відповідно 11,75 та 10, 80. Ці показники, свідчать про неконтрольований перебіг захворювання. Через 3 місяці в основній групі спостерігається зростання кількості балів, вони досягли 19,93 ( р<0,01). Отримані дані свідчать про те, що пацієнти основної групи наблизились до добре контрольованого перебігу БА, в контрольній групі результат АСТ-тесту через 3 місяці залишився майже незмінним і становив10,9 (р>0,05) (рис. 5).

Рис. 5. Динаміка результатів АСТ-тесту в основній і контрольній групах.

У контрольній групі на початку обстеження середній показник ОФВ1 для всієї вибірки становив 55,8 %. В основній групі він був – 65,7 %. Через 1 місяць ОФВ1 у контрольній групі практично не змінився і становив 53,9 %; в основній групі, а саме серед осіб, які приймали сальметерол/флютиказон, мала місце виражена тенденція до збільшення –показник ОФВ1 зріс до 76, 78 %(рис. 6).

У групі досліджуваних було виявлено 13,4 % хворих, що регулярно користувались послугами швидкої допомоги, за суб’єктивними даними це слід трактувати як важкий персистуючий перебіг БА. Результат АСТ-тесту в цій групі не перевищував 20 балів, що свідчить про неконтрольований перебіг захворювання. Проведене у них дослідження ФЗД виявило практично нормальні показники спірограми. Ми припустили, що у цих пацієнтів має місце психосоматизація захворювання, і для верифікації цих змін було проведене психологічне обстеження.

Рис. 6. Динаміка показників ОФВ1 в основній і контрольній групах.

Згідно з отриманими даними, у цієї групи хворих спостерігалися помірні показники реактивної тривожності (кількість балів становила від 35 до 45) та високі показники особистісної тривоги (у всіх обстежуваних кількість балів більша 45), субдепресивний стан або маскована депресія (кількість балів від 62 до 69). Таким чином, наше припущення було підтверджене. Виражена психічна дисфункція є соматогенно обумовленою, що пов'язано з вторинними змінами в мозковій тканині на рівні нейронів і гліальних елементів внаслідок тривалої та рецидивуючої гіпоксії і гіперкапнії центральної нервової системи.

Отримавши порівняльні результати комбінованої та хаотичної терапії, логічно встановити, які фармакоекономічні переваги має базисне лікування в порівнянні з безсистемним. З групи досліджуваних було відібрано 12 пацієнтів з важким персистуючим перебігом БА. У цих пацієнтів раз на тиждень проводилось клінічне обстеження, контролювався прийом базисної терапії, відстежувалась частота прийому швидкодіючих ß2- агоністів, частота звернень за невідкладною допомогою. Перед початком дослідження у більшості хворих при аускультації спостерігалось жорстке дихання з подовженим видихом, на тлі якого вислуховувались сухі свистячі хрипи. При цьому пацієнти до 8 раз на день користувались швидкодіючими ß2-агоністами короткої дії, а сумарна кількість викликів, зроблених цими хворими, становила 81 протягом 1 місяця. По мірі прийому сальметеролу/флютиказону у дозі 50/500 мкг двічі на день аускультативна картина поліпшувалась, до кінця 3 місяця лікування кількість використань препаратів швидкої дії зменшилась до 2-3 на день. Сумарна кількість викликів ШД зменшилась на 49 і становила – 32. Ці дані є ще одним підтвердженням спроможності комбінованої терапії суттєво вплинути на клінічний перебіг важкої неконтрольованої БА, що приводить і до позитивних фармакоекономічних показників. Так, якщо врахувати, що на 1 виїзд бригади швидкої допомоги в 2007 р. держава витрачала 105, 3 грн., то за 1 міс. на таких пацієнтів витрачено 8529,3 грн. Врахувавши, що за 3 місяці спостереження кількість викликів зменшилась на 49, то економія за цей період склала 5159,7 грн. Якщо припустити, що базисна терапія у цієї когорти хворих може зменшити майже вдвічі кількість викликів, то за рік економія державних витрат на надання невідкладної допомоги таким пацієнтам може бути досить значною. Необхідно врахувати й те, що ми спостерігали за пацієнтами з важкою персистуючою БА, а хворі з перебігом середньої тяжкості можуть дати кращу відповідь на базисне лікування.

У зв’язку з вищенаведеними фактами постало питання щодо раціонального використання бюджетних витрат, пов’язаних з БА. Аналізуючи витрати на безкоштовні рецепти в період 2003-2007 рр. встановлено, що на фоні

зростання загальної суми, виділеної на безкоштовні ліки, і суми, виділеної на антиастматичну терапію, частка коштів на рецепти з приводу БА до 2006 р. складала в середньому 4 % від загальної суми, а в 2007 р. значно зменшилась і становила 2, 5 % (табл. 3).

*Таблиця 3*

**Частка витрат на безкоштовні рецепти хворим на БА в м. Вінниці за період 2003-2007 рр.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рік | Загальна сума на безкоштовні рецепти (грн.) | З них на БА(грн.) | Частка (%) |
| 2003 | 532,6 тис. | 26,4 тис. | 4,95 % |
| 2004 | 638,8 тис. | 25, 6 тис. | 4 % |
| 2005 | 791, 9 тис. | 32,7 тис. | 4,1 % |
| 2006 | 1 млн., 7 тис. 900 | 42,8 тис. | 4,2 % |
| 2007 | 2 млн., 38 тис., 900 | 52,2 тис. | 2,5 % |

Констатуючи факт зменшення суми коштів, виділеної на безкоштовні антиастматичні рецепти, слід звернути увагу на рівень захворюваності БА в м. Вінниці в період 2005-2007 рр. (табл. 4).

*Таблиця 4*

**Захворюваність на БА в м. Вінниці в період за 2005-2007 рр.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2005 р. | 2006 р. | 2007 р. |
| Населення м. Вінниці | 358403 | 360363 | 362249 |
| Показники | абс. | пок. | абс. | пок. | абс. | пок. |
| Загальна захворюваність на 10000 населення | 2807 | 78,32 | 2787 | 77,34 | 2802 | 77,14 |
| Первинна захворюваність на 10000 всього населення | 165 | 4,60 | 201 | 5,58 | 211 | 5,81 |

Встановлено, що загальний рівень захворюваності залишається практично незмінним, а первинна захворюваність з 2005 до 2007 років зросла на 46 випадків.

Враховуючи, що рівень захворюваності на БА залишається незмінним, зниження частки коштів на безоплатні рецепти відносно загальної суми не тільки не виправдане, а, навпаки, потребує збільшення, оскільки, БА – це хронічне захворювання, при якому слід тривалий час застосовувати комбіноване лікування.

Попри зменшення кількості викликів з приводу БА, витрати держави на них суттєво зросли в зв’язку з подорожчанням вартості 1 виклику (табл. 5).

*Таблиця 5*

**Витрати на надання невідкладної допомоги хворим на БА**

**за 2003-2007 рр.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Рік | Загальна кількість викликів | Кількість викликів з приводу БА | Вартість 1 виклику(грн.) | Загальна сума, витрачена на виклики (грн.) |
| 2003 | 117694 | 3924 | 32,5 | 127,530 тис. |
| 2004 | 117130 | 3314 | 43,5 | 144,159 тис. |
| 2005 | 122540 | 3190 | 56 | 178,640 тис. |
| 2006 | 119103 | 3331 | 74,8 | 249,158,8 тис. |
| 2007 | 117711 | 2712 | 105,3 | 285,573,6 тис. |

Керуючись даними щодо витрат на БА та епідеміологічними показниками в м. Вінниці, вважаємо за необхідне розглянути та вивчити питання щодо більш раціонального розподілу коштів для лікування цього захворювання.

Згідно з наказом МОЗ України № 128, пацієнти з персистуючим перебігом БА потребують щоденного тривалого лікування, що здатне забезпечити контроль над симптомами астми і суттєво зменшити витрати на її лікування. Це підтверджується такими спостереженнями : в 2005 р. з приводу ТЗБА було зафіксовано 3190 викликів ШД, цю кількість викликів зробили 526 хворих. Серед них, обстежений нами, 81 пацієнт, що викликали ШД 5 і більше разів, зробили 2125 викликів, що становило 66,6 % від всіх виїздів ШД з приводу ТЗБА. Якщо цих хворих забезпечити препаратами з протизапальним ефектом, наприклад беклофортом, а для невідкладної допомоги вентоліном, то річні витрати на них коливатимуться від 44 712 до 89 424 тис. грн., в той час як на виклики ними ШД було витрачено 119000 тис. грн. Призначення даної комбінації доцільне не лише з метою зниження навантаження на „Швидку допомогу”, яка, до речі, надає лише симптоматичну терапію, а й з метою поліпшення самопочуття хворих за допомогою базисної протизапальної терапії, що попереджає виникнення загострень.

Такимчином, очевидно, що БА з частими тяжкими загостреннями є складною медико-соціальної проблемою. Наше дослідження, в певній мірі, висвітлило низку клінічних, соціальних та фармакоекономічних аспектів цього стану, що дозволить покращити курацію даного контингенту хворих, оптимізувати їх лікування за рахунок більш раціонального розподілення державних коштів.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації встановлено ряд особливостей перебігу захворювання серед хворих з тяжкими загостреннями бронхіальної астми : основні чинники загострень, статево-вікові характеристики, проведено фармакоекономічний аналіз витрат, пов’язаних з наданням невідкладної допомоги хворим з тяжкими загостреннями бронхіальної астми, забезпечено оптимізацію лікування за рахунок перерозподілу державних коштів, що виділені для хворих на бронхіальну астму.

1. У період з 1995 по 2005 рр. у м. Вінниці констатовано достовірне зменшення кількості викликів з приводу тяжких загострень бронхіальної астми з 3,7 % до 2,6 %. Ургентних госпіталізацій за цей період зменшилось з 211 в 1995 р. до 139 в 2005 р.
2. Хворі з частими загостреннями бронхіальної астми – це пацієнти віком понад 60 р., переважно жінки (58,0 %), зі стажем захворювання 11-
20 років. Прибутки таких хворих становлять : до 500 грн. – у 72,0 %, від 500 до 1000 грн./міс. – у 28, 0 %.
3. Провідними тригерними факторами, що призводять до виникнення та формування тяжких загострень бронхіальної астми є вірусні та бактеріальні інфекції дихальних шляхів. Хворі з тяжкими загостреннями бронхіальної астми не застосовують препаратів базисної терапії, а використовують: метилксантини – 43,2 %, системні кортикостероїди – 40,7 % пацієнтів, системні спазмолітики – 13,6 % . Інгаляційні кортикостероїди застосовують короткочасно, в низьких дозах.
4. Встановлено, що у 13,4 % пацієнтів, які здійснювали повторні виклики швидкої допомоги з приводу тяжких загострень бронхіальної астми, бронхообструктивний синдром пов’язаний з фіксованими психоемоційними змінами, а саме : з високим рівнем тривоги та депресії.
5. Комбінована терапія сальметеролом/флютиказоном у осіб, які раніше не приймали базисної терапії, дає позитивну клінічну та функціональну картину через місяць після початку лікування, а застосування її протягом 3-х місяців дозволяє досягти контролю над захворюванням. У групі хворих з важким персистуючим перебігом астми призначення базисної терапії протягом 3 міс. призвело до зменшення кількості викликів в 2,5 рази, що сприяло значній економії витрат на надання невідкладної допомоги.
6. Рівень захворюваності в період 2005-2007 рр. у м. Вінниці є прак-тично незмінним і становить у середньому 77 на 10000 населення. При цьому фінансування на придбання антиастматичних препаратів за безкоштовними рецептами знизилось з 4 % до 2, 5 % від загальної суми коштів, виділеної на всі безкоштовні рецепти. Витрати на надання невідкладної допомоги зросли вдвічі, в 2003 році на них витрачено 127,530 тис. грн., в 2007 р.– 285, 573 тис. грн. Отже, кошти на надання допомоги хворим на бронхіальну астму розподіляються нераціонально, без урахування низки медико-соціальних і економічних показників.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Лікарям загальної практики, пульмонологам при проведенні інформаційно-освітніх бесід з хворими на БА керуватись даними інформаційного листа, інших опублікованих матеріалів, що дасть змогу більш обґрунтовано переконувати хворих на БА у перевагах базисної терапії.
2. Розрахунок витрат на закупівлю антиастматичних препаратів для диспансерної групи хворих здійснювати, враховуючи дані досліджень, викладені в інформаційному листі № 167 (2008 р.).
3. Хворих на БА з частими повторними її загостреннями слід консультувати психотерапевту та психологу з метою виключення психосоматичних розладів, а при їх наявності проводити корекцію лікування.

#### Список опублікованих праць за темою дисертації:

1. Овчарук, М. В. Аналіз надання невідкладної допомоги хворим з важкими загостреннями бронхіальної астми [Текст] / М. В. Овчарук // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2006. – № 6. – С. 188-192.
2. Овчарук, М. В. Хворі з важким перебігом бронхіальної астми: характеристика контингенту та планова фармакотерапія [Текст] / М. В. Овчарук // Вісник Вінницького Національного Медичного Університету. – 2007. – № 11 (2/2). – С. 686-689.
3. Овчарук, М. В. Порівняльний аналіз викликів швидкої допомоги з приводу важких загострень бронхіальної астми [Текст] / М. В. Овчарук // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – № 4. – С. 60 -62.
4. Овчарук, М. В. Клінічні та фармакоекономічні аспекти важких загострень бронхіальної астми [Текст] / М. В. Овчарук // Сімейна медицина. – 2008. – № 3. – С. 114-116.
5. Фармакоэпидемиологические и фармакоэкономические аспекты предоставления неотложной помощи больным бронхиальной астмой [Текст] / Ю. М. Мостовой, А. В. Демчук, Т. В. Константинович, А. В. Семененко, М. В. Овчарук // Dоctor. – 2005. – № 1 (27). ‑ С. 57-59.

*(Дисертантом проведена робота з архівом, приймалась участь у написанні статті та аналізі матеріалів)*

1. Овчарук, М. В. Медичні та фармакоекономічні аспекти важких загострень бронхіальної астми [Текст] / М. В. Овчарук // Тези конф. молодих вчених ВНМУ ім. М.І. Пирогова. – Вінниця, 2005. – С. 56.
2. Овчарук, М. В. Аналіз причин неконтрольованого перебігу бронхіальної астми [Текст] / М. В. Овчарук // Матеріали до ІІ міжвуз. наук. конф. студентів та молодих вчених. – Вінниця, 2005. – С. 102-103.
3. Ovcharuk, M. V. Pharmeconomical analysis of the expenses connected with treatment of asthma [Текст] / M. V. Ovcharuk, Y. M. Mostovoy // ERS Abstract book. – 2006. – Р. 500.

9. Ovcharuk, M. V. Retrospective analysis of possible causes that led to uncontrolled asthma [Текст] / M. V. Ovcharuk, Y. M. Mostovoy // ERS Abstract book. – 2006. – P. 844.

1. Овчарук, М. В. Фармакоэкономический анализ затрат, связанных с лечением бронхиальной астмы [Текст] / М. В. Овчарук // Молодь та медична наука на початку ХХІ сторіччя : Конф. студентів і молодих вчених : Тез. доп. – 2006. – С. 112.
2. Овчарук, М. В. Життєзагрожуюча астма з позицій надання невідкладної допомоги [Текст] / М. В. Овчарук // ХІ конгрес світової федерації лікарських товариств : Тез. доп. – Полтава, 2006. – С. 329-330.
3. Analyses of causes and quality of patients' treatment with often severe asthma exacerbations [Текст] / M. Ovcharuk, D. Fishchuk, N. Slepchenko, L. Blazhevskaya, H. Demchuk // ERS Abstract book. – 2007. – P. 72.
4. Овчарук, М. В. Аналіз контингенту хворих, що регулярно користуються послугами швидкої допомоги [Текст] / М. В. Овчарук // Человек и лекарство : І нац. конгр. : Тез. доп. – Київ, 2008. – С. 74.

**АНОТАЦІЯ**

**Овчарук М.В. Тяжкі загострення бронхіальної астми: клінічний та фармакоекономічний аналіз.‑** Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.27 – пульмонологія. – ДУ „Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України”, Київ, 2009.

Робота присвячена вивченню тяжких загострень бронхіальної астми з позиції надання невідкладної допомоги, проведений їх клінічний та фармакоекономічний аналіз.

У дослідженні встановлена позитивна динаміка щодо зменшення кількості викликів з приводу тяжких загострень бронхіальної астми в останнє десятиріччя.

Виявлені статево-вікові особливості контингенту хворих, що користу-ються послугами швидкої допомоги, їх освітній, матеріальний рівень, а також проведено фармакоепідеміологічний аналіз для цієї групи хворих.Доведена клінічна і економічна ефективність застосування базисної терапії у пацієнтів з некерованим перебігом бронхіальної астми. Виявлені хворі, у яких бронхіальна обструкція пов’язана з фіксованими психоемоційними змінами. Фармакоеконо-мічний аналіз бронхіальної астми та її тяжких загострень довів доцільність співставлення різних показників, а саме: захворюваності, особливостей перебігу бронхіальної астми у різних контингентів хворих, інфляційних процесів у державі при фінансуванні цієї галузі витрат.

**Ключові слова:** бронхіальна астма, тяжкі загострення бронхіальної астми, фармакоекономічний аналіз, контингент хворих, базисна терапія.

**ABSTRACT**

 **Ovcharuk M.V. Severe asthma exacerbations: clinical and pharmacoeconomical analyses. ‑** Manuscript.

 Thesis for scientific degree of Candidate of Medical Science in Speciality 14.01.27 – Pulmonology. – State Organization “National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky the AMS of Ukraine”, Kyiv, 2009.

 The work is devoted to studу of severe asthma exacerbations connected with giving urgent aid, their clinical and pharmacoeconomical analyses is made.

 Positive dynamics of decrease of calls connected with severe asthma exacerbations during the last decade was determined in the study.

 Sex and age particularities of patients using urgent aid, their incomes and educational level were found. Pharmacoepidemiological analyses of this group of patients were made. Clinical and economical effectiveness of basic therapy in patients with uncontrolled asthma was proved. Patients with bronchial obstruction associated with constant psychoemotional changes were detected. Pharmacoeconomical analyses of bronchial asthma and severe asthma exacerbations proved the necessity of comparison of different data, namely morbidity, particularities of asthma course in different cases, the processes of inflation in the state when financing these costs.

 **Key words:** bronchial asthma, severe asthma exacerbations, pharmacoeconomical analyses, patients, basic therapy

**АННОТАЦИЯ**

**Овчарук М.В. Тяжелые обострения бронхиальной астмы: клинический и фармакоэкономический анализ.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.27 - пульмонология. – ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского АМН Украины», Киев, 2009.

Работа посвящена актуальной проблеме пульмонологии – изучению тяжелых обострений бронхиальной астмы с позиции оказания неотложной помощи пациентам с частыми обострениями бронхиальной астмы, изучению клинических и фармакоэкономических показателей при тяжелых обострениях бронхиальной астмы.

Проведенные исследования показали, что существуют определённые особенности контингента больных, которые пользуются услугами скорой помощи, приверженность их к определенным препаратам для лечения бронхиальной астмы. Фармакоэкономический анализ выявил ряд показателей, которые должны учитываться при распределении бюджетных средств на бесплатные препараты пациентам, страдающим бронхиальной астмой.

Проведен ретроспективный анализ отчетов городской станции скорой помощи за 1995, 2000 и 2005 годы. Установлено уменьшение количества вызовов по поводу обострений бронхиальной астмы с 3,7 % в 1995 г. до 2, 6 % в 2005 г. относительно общего количества вызовов. Количество ургентных госпитализаций уменьшилось с 211 в 1995 г. до 139 в 2005 г.

При анкетировании пациентов, которые больше 5 раз в год вызывают скорую помощь, установлено, что это люди в возрасте старше 60 лет, преимущественно женщины – 58,0 %, со стажем заболевания 11-20 лет. Доминирующую роль при возникновении астмы сыграл инфекционный фактор.

Среди пациентов с частыми обострениями бронхиальной астмы у
13,4 % бронхообструкция связана с фиксированными психоэмоциональными изменениями. У них применялись стандартизированные психологические методики, которые показали умеренные показатели реактивной тревожности и высокие показатели личностной тревоги, а также у всех пациентов было выявлено субдепрессивное состояние или «маскированная» депрессия.

Мы наблюдали за пациентами, которые принимали базисную терапию и за теми, которые лечились бессистемно. По результатам АСТ-теста, пациенты в основной группе приблизились к полному контролю заболевания, в то время как в контрольной группе результаты оставались неизменными в течении наблюдения. В начале наблюдения показатель ОФВ1 в основной и контрольной группах составлял соответственно 65,76 % и 55,70 %. Через месяц после приёма базисной терапии наблюдалась положительная тенденция к увеличению показателя ОФВ1 в основной группе – 76,78 %, в то время как в контрольной группе он составил 53,89 %. В результате наблюдения установлено, что комбинированная терапия у лиц, которые раньше не принимали базисную терапию, даёт позитивную клиническую и функциональную картину уже через месяц после начала лечения, а применение её на протяжении 3-х месяцев позволяет достичь хорошего контроля над заболеванием по результатам астма-контроль теста. У пациентов с тяжелым персистирующим течением астмы за время наблюдения количество вызовов уменьшилось в 2 раза, т.е. с 81/вызова/мес. до 32 вызовов/мес., в результате чего, за этот период было сэкономлено 5159, 7 грн.

Фармакоэкономический анализ показал, что в 2007 г. расходы на бесплат-ные рецепты составили 52, 2 тыс. грн., а вызовы скорой помощи обходились государству в 285,573,6 тыс. грн. С 2003 г. по 2007 г., несмотря на увеличение суммы, выделенной на бесплатные рецепты, наблюдается уменьшение доли государственных затрат на рецепты пациентам с бронхиальной астмой. Так, в 2003 году доля на антиастматические препараты составляла 4,95 %, в 2007 –
2,5 %. Это уменьшение является необоснованным, т.к. уровень заболеваемости бронхиальной астмой в городе Винница за эти годы остается стабильным, а первичная заболеваемость увеличилась на 46 случаев.

**Ключевые слова:** тяжелое обострение бронхиальной астмы, скорая помощь, базисная терапия, расходы.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>