

при первичном обращении к врачу в г. Новоуральске эффективнее по сравнению с амоксициллином, применяемым в более поздние сроки, что проявлялось значимым сокращением сроков рассасывания легочной инфильтрации, временной нетрудоспособности, увеличением числа амбулаторно вылеченных пациентов, снижением смертности.

В связи с этим, целесообразно организовать в амбулаторных условиях ранее (в течение 1 часа) применение пролонгированных форм азитромицина и кларитромицина при подозрении на пневмонию для существенного улучшения исходов ВП.

## **ФАРМАКОЭКОНОМИКА МОНТЕЛУКАСТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Е.К.Бельтюков, К.П. Братухин, А.А. Курындина, О.Г. Смоленская.

### **Введение.**

Цистенил-лейкотриены являются важнейшими медиаторами воспаления при бронхиальной астме (БА) и приводят к выраженной бронхиальной обструкции. Антилейкотриеновый препарат (АЛП)- монтелукаст, является антагонистом рецепторов цистениловых лейкотриенов, уменьшает бронхиальную обструкцию и тем самым снижает выраженность симптомов, улучшает функцию легких, уменьшает воспаление в дыхательных путях и снижает частоту обострений БА. АЛП усиливают противовоспалительный и клинический эффект ингаляционных глюкокортикостероидов - ИГКС. В настоящее время недостаточно изучен фармакоэкономический аспект комбинированной терапии ИГКС и АЛП.

### **Материал и методы.**

Открытое сравнительное исследование фармако-экономической эффективности антагониста лейкотриеновых рецепторов - монтелукаста

(сингуляра) 10 мг 1 раз в сутки у 30 больных БА среднетяжелого ( $n=24$ ) и тяжелого ( $n=6$ ) течения в ФГУЗ ЦМСЧ №91 ФМБА России г. Лесного.

Исходно, до назначения монтелукаста больные БА получали базисную терапию беклометазоном ( $n=5$ ) и беклометазон в комбинации с формотеролом ( $n=25$ ) + В2-агонисты короткого действия по потребности.

За 6 месяцев до назначения монтелукаста и через 6 месяцев после назначения определялись: ОФВ1 (% должн.) в момент осмотра; число ингаляций В2-агонистов в сутки, число дней без симптомов астмы - за предыдущую осмотру неделю; уровень контроля над заболеванием, количество дней временной нетрудоспособности. Прямые затраты, включавшие затраты на: амбулаторную лекарственную терапию,

вызовы СМП, стационарное лечение, внеплановые визиты к врачу – за полугодовой период до- и после назначения монтелукаста.

ОФВ1 определялся электронным пикфлоуметром Piko-1 «Ferraris».

Оценка достоверности результатов исследования проводилась расчетом вручную по методу Стьюдента с определением среднеквадратического отклонения, средней ошибки для средних величин, средней ошибки разности между показателями до и после назначения монтелукаста и определением критерия  $t$ , с дальнейшим определением вероятности ошибки по таблице.

#### **Результаты исследования.**

Среднее значение ОФВ1 у больных БА ( $n=30$ ) до начала исследования составляло 65% должн., через 24 недели после подключения к терапии монтелукаста ОФВ1 увеличилось до 75% должн. ( $p<0.05$ ).

Среднее число ингаляций В2-агонистов на 1 больного БА в сутки до начала приёма монтелукаста составляло 4 дозы в сутки, через 24 недели после подключения к терапии монтелукаста снизилось в 3,6 раза до 1,1 доз в сутки ( $p<0.001$ ).

Среднее число дней без симптомов астмы у больных БА возросло в 2,9 раза с 38 до 110 дней через 24 недели после подключения к терапии монтелукаста ( $p<0.001$ ).

Средняя доза ИГКС (беклометазона) на 1 больного БА в сутки составляла до начала исследования 998 мкг и, через 24 недели после подключения к терапии монтелукаста - 452 мкг ( $p < 0.001$ ).

Прямые затраты за 6 мес. до начала лечения составили 329716,8 руб. и за 6 мес. после подключения к терапии монтелукаста – 293596,68 руб. и, таким образом снизились на 11%.

Наблюдалось улучшение контроля БА через 24 недели лечения: у 17% пациентов был достигнут полный контроль над астмой, число больных с частично контролируемой астмой возросло с 17% до 70%, с неконтролируемой БА снизилось с 83% до 13%.

#### **Выводы.**

Включение в базисную терапию монтелукаста (сингуляра) у больных БА среднетяжелого и тяжелого течения приводит к:

- улучшению клинико-функциональных показателей,
- уменьшению дозы ИГКС в 2,2 раза,
- улучшению контроля над астмой при тенденции к снижению прямых затрат.

## **Эпидемиология бронхиальной астмы в Свердловской области в начале XXI-го века.**

Е.К. Бельтюков, К.П. Братухин, Л.В. Василенко, О.А. Воронцова,  
М.Л. Каракина, В.В. Наумова, А.Ю. Петухова

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний. В мире распространенность БА среди взрослых (20-44г.г.) колеблется от 2,9% в Греции до 11,9% - в Австралии. Отмечается рост распространенности БА. Так, например, в Австралии с 1981 по 1990 г.г. распространенность БА увеличилась с 9 до 16,3%; в Бельгии с 1978 по 1991 г.г. – с 2,4 до 7,2%; в Финляндии с 1975 по 1990 г.г. – с 2,0 до 3,0% . В то же время,