

Литература

1. Белоконова Н.А., Аншевиц А.В., Маков И.Н. Устройство для оценки осмотических свойств жидкостей. Материалы 66 студенческой конференции УГМА. Екатеринбург 2011.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНТЕЛУКАСТА В ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И СОПУТСТВУЮЩЕГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Братухин К.П.^{1}, Бельтюков Е.К.², Юрова Н.И.¹, Курьинина А.А.².*

1. ФГУЗ ЦМСЧ №91 ФМБА РОССИИ, Лесной;

2. ГОУ ВПО УГМА РОСЗДРАВА, Екатеринбург, Россия.

Цель: определение клинико-экономической эффективности монтелукаста в комбинированной фармакотерапии у больных атопической среднетяжелой/тяжелой персистирующей бронхиальной астмой (БА) в сочетании с персистирующим аллергическим ринитом (АР).

Материалы и методы:

Открытое сравнительное исследование фармакоэкономической эффективности антагониста лейкотриеновых рецепторов - монтелукаста (сингуляра) 10 мг 1 раз в сутки у 20 больных атопической среднетяжелой / тяжелой, частично контролируемой/неконтролируемой БА в сочетании с АР, принимающих средние / высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС): беклометазон + длительнодействующие β_2 -агонисты (ДДБА): формотерол + короткодействующие β_2 -агонисты (КДБА) по потребности и интраназальных ГКС (ИнГКС): беклометазон +/- антигистаминные препараты 2 поколения + деконгестанты по потребности. Больным дополнительно назначался монтелукаст 10 мг 1 раз/сут. продолжительностью 24 недели.

Мужчин – 5 чел. (25%), женщин – 15 чел. (75%)

Исследование проводилось в ФГУЗ ЦМСЧ №91 ФМБА России г. Лесного. За 6 месяцев до назначения монтелукаста и через 6 месяцев после назначения определялись: ОФВ1 (% должн.); число дополнительных ингаляций β_2 -агонистов короткого действия в сутки, число дней без симптомов астмы - за предыдущую осмотру неделю [5]; уровень контроля над заболеванием, суточная потребность в интраназальных сосудосуживающих средствах, динамика симптомов ринита; определялись прямые затраты, включавшие затраты на амбулаторную лекарственную терапию, вызовы СМП, стационарное лечение, внеплановые визиты к врачу.

Фармакоэкономическая оценка эффективности лечения проводилась методом затраты / эффективность. Определялось соотношение прямых затрат на 1 больного БА в неделю и единиц эффективности (дней без симптомов астмы на 1 больного БА в неделю).

ОФВ1 определялся электронным ручным спирометром Piko-1 «Ferraris».

Для статистической обработки материала применялся программный пакет Statistica 6.1 для расчета следующих показателей: средняя арифметическая (М), средняя ошибка средней арифметической ($m^+/-$), среднееквадратическое

отклонение. Статистическая достоверность различий подтверждалась парным критерием Стьюдента (Т). Значения считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Через 6 месяцев после подключения к терапии монтелукаста наблюдалось увеличение ОФВ1 в среднем с 66,59% до 78,1% должн. ($p < 0,01$). Среднее число доз дополнительного использования β_2 -агонистов на 1 больного в сутки снизилось в 7 раз с 1,5 д./сут., до 0,21 д./сут. ($p < 0,01$). Средняя доза топических ГКС (ингаляц. + интраназ.) на 1 больного БА снизилась в 3 раза, с 1337,5 мг/с до 427,5 мг/сут. ($p < 0,01$). Среднее число дней без симптомов БА возросло в 3 раза с 2 до 5,4 дней ($p < 0,01$).

Прямые затраты (ПЗ) снизились на 13% с 202770,71 руб. (422.44 руб./нед. на 1 больного) до 177119,89 руб. (369 руб./нед. на 1 больного). Соотношение затраты / эффективность до включения в терапию монтелукаста составило 211,22 руб. на 1 день без симптомов астмы, а через 24 недели на терапии с монтелукастом затраты уменьшились в 3,1 р. до 68,3 руб. на 1 день без симптомов астмы.

До применения монтелукаста у 8 чел.(40%) наблюдалась неконтролируемая астма, у 11чел.(55%) – частично контролируемая, у 1 чел.(5%) полный контроль. Через 6 мес. у 8 (40%) пациентов достигнут полный контроль БА, частичный контроль возрос с 55% до 60% (12 чел.), число больных с неконтролируемой БА уменьшилось до 0.

Табл.№1. Динамика симптомов АР

	Заложенность			чихание			Ринорея		
	+++	++	+	+++	++	+	+++	++	+
До	6 чел. (30%)	8 чел. (40%)	6 чел. (30%)	0	2 чел. (10%)	18 чел. (90%)	5 чел. (25%)	8 чел. (40%)	7 чел. (35%)
Через 6 мес.	0	0	9 чел (45%)	0	0	3 чел (15%)	0	0	13 чел (65%)

+++ выраженные дневные симптомы, ночные, затруднение дневной деятельности (средней тяжести ARIA 2008r) [6]

++ персистирующие симптомы по ARIA 2008

+ лёгкие симптомы по ARIA 2008 (нормальный сон и дневная активность)

Интраназальные деконгестанты применялись до 1.9 доз/сутки на человека, через 6 мес. – 0.15 доз/сутки на человека.

Выводы: Включение монтелукаста в базисную терапию БА среднетяжелого/тяжелого течения в сочетании с АР приводит к значимому увеличению ОФВ1, среднего числа дней без симптомов БА и АР, уменьшению заложенности носа, ринореи, чихания, снижению потребления β_2 -агонистов, интраназальных деконгестантов, улучшению контроля над астмой, уменьшению дозы топических ГКС в 3 раза, при снижении ПЗ на 1 день без симптомов астмы в 3,1 раза.

Литература

1. Lipworth E.J. Leukotriene-receptor antagonists. Lancet.; 1999; 353 (9146): 57-62.
2. Noonan M.J., Chervinsky P., Brandon M., Zhang J., Kundu S., McBurney J., «et al.» Montelukast, a potent leukotriene receptor antagonist, causes dose-related improvements in chronic asthma. Montelukast Asthma Study Group. Eur Respir J

1998; 11 (6): 1232-9.

3. Price D.B., Hernandez D., Magyar P., Fiterman J., Beeh K.M., James I.G., et al. Randomised controlled trial of montelukast plus inhaled budesonide versus double dose inhaled budesonide in adult patients with asthma. *Thorax* 2003; 58 (3): 211-6.

4. Vaquerizo M.J., Casan P., Castillo J., Perpina M., Sanchis J., Sobradillo V., et al. Effect of montelukast added to inhaled budesonide on control of mild to moderate asthma. *Thorax* 2003; 58 (3): 204-10.

5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. / Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. - 104 с.

6. ARIA 2008 <http://www.whiar.org/>

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ GOLD.

Л.В. Василенко¹, Е.К. Бельтюков², Курындина А.А.²

¹дневной стационар МУЗ Березовская ЦГБ, г. Березовский.

²ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия.³

Введение. По данным ВОЗ показатель смертности при ХОБЛ в Российской Федерации составляет 16,2 на 100000, что сравнимо с большинством европейских стран (в Германии - 12,5, в Италии - 13,7, в Великобритании - 23,1) [1].

Ожидается, что рост распространенности курения в мире продолжится, в результате чего к 2030 году смертность от ХОБЛ удвоится [2].

Для снижения смертности от ХОБЛ эксперты ВОЗ рекомендуют программу лечения, предложенную Глобальной инициативой по ХОБЛ - GOLD [3], важным компонентом которой является легочная реабилитация.

Цель исследования. Определение эффективности ведения больных ХОБЛ по рекомендациям GOLD с помощью методов фармакоэкономического анализа.

Материалы и методы. Исследование проводилось в условиях дневного стационара в 2008- 2009 гг. в МУЗ Березовская ЦГБ.

В исследование включено 70 пациентов с ХОБЛ 2, 3, 4 ст. в стабильном состоянии. Всем пациентам перед началом исследования проводилась коррекция медикаментозной терапии с учетом стадии болезни (беклометазон в дозе 1000 – 2000 мкг/сут., В2-агонисты длительного действия - формотерол 18 - 24 мкг/сут., М-холинолитики, В2-агонисты короткого действия по потребности).

После рандомизации на 2 группы (основную, n=40 и группу сравнения, n=30) все пациенты продолжали получать медикаментозную терапию. В основной группе больным ХОБЛ дополнительно назначалась программа легочной реабилитации (ПЛР). Пациенты в исследуемых группах были сопоставимы по полу, возрасту, стажу курения, качеству жизни (КЖ), функциональным показателям (ОФВ1, степени выраженности одышки, гипоксемии, толерантности к физической нагрузке). Продолжительность легочной