

индуцируя тем самым усиление лимфообразования и лимфотока.

Таким образом, мексидол при лихорадке участвует в коррекции гомеостаза, жидкости и обменных процессов в интерстициальных пространствах, активизируя сократительную способность стенки и клапанов лимфатических микрососудов.

### **Литература**

1. Александров П. Н., Хугаева В.Г. Метод прижизненной регистрации сокращения стенок и клапанов лимфатических микрососудов. Патол. физиол. и экспер. терапия, 1989; № 4: 65-67.
2. Воронина Т. А., Смирнов Л.Д. Перспективы применения мексидола в экстремальных ситуациях. Росс. психиатрический журнал, 2000;1: 32-35.
3. Лукьянова Л. Д. Новые подходы к созданию антигипоксантов метаболического действия. Вестник РАМН, 1999; 3: 18-25.
4. Сосина Т.Е., Цыганкова Г.М., Байбус Е.А., Иванова Я.В. Изменение показателей перекисного гомеостаза в динамике регенерации печени на фоне введения мексидола. Здравоохран. Башкортостана, 2004; 4: 183-184.
5. Mering T. A. The fuction of mexidol on the state of conditioned feflex activity after traumatic drain lesions. Neurosci Behav Physiol 2003; 33, 2: 133-138.

## **ФАРМАКОЭКОНОМИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И РЕОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АСТМОЙ В ЗАКРЫТОМ АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Наумова В.В., Бельтюков Е.К., Курьндина А.А.*

*ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»*

*Минздравоохранения, г. Екатеринбург*

**Введение.** В настоящее время, несмотря на существующие международные рекомендации Global Initiative for Asthma (GINA 2002, 2006 гг.), на локальных уровнях (микрорайоны крупных городов, малые города, сельские местности) медицинская помощь больным бронхиальной астмой (БА) оказывается в недостаточном объеме, что приводит к ухудшению медико-экономических показателей, увеличению прямых затрат (ПЗ).

**Цель исследования:** оценить клинико-экономическую эффективность организационных мер по повышению качества оказания помощи больным астмой в закрытом административно-территориальном образовании Свердловской области - г. Новоуральске.

**Материалы и методы.** Для повышения эффективности помощи больным БА в г. Новоуральске была разработана программа реорганизации (ПР). ПР внедрялась в 2004-2007 гг. и включала проведение эпидемиологического и фармакоэкономического исследований, обучение врачей и пациентов, лекарственное обеспечение, ведение больных согласно международным рекомендациям GINA 2002, 2006 гг. Больные наблюдались пульмонологом через 3, 6 и 12 месяцев после первичного осмотра. Эффективность ПР

оценивалась по динамике клинического состояния больных и прямым затратам (ПЗ) на больных БА в течение 1 года до и 1 года после начала внедрения программы. ПЗ включали затраты на СМП, госпитализации, обращения в поликлинику, амбулаторное обеспечение лекарственными средствами (ЛС). ПЗ приведены в ценах 2007 г. (по курсу ЦБ РФ на 29.12.07).

**Результаты и обсуждение.** За 2004-2006 гг. был создан регистр больных БА ( $n=330$ ), из которого методом случайной выборки отобрана группа больных ( $n=62$ ), соответствующая по полу, возрасту и степени тяжести БА больным регистра: 75,8% женщины ( $n=47$ ), 24,2% мужчины ( $n=15$ ). Средний возраст в группе составил 50,9 г. За время наблюдения количество больных с тяжелой БА уменьшилось в 1,56 раза (с 40,3% до 25,8%,  $p=0,002$ ), со средне-тяжелой БА увеличилось в 1,33 раза (с 33,9% до 45,2%,  $p=0,007$ ). Количество больных легкими формами астмы достоверно не изменилось. Неконтролируемое течение БА сократилось в 1,95 раза (с 66% до 34%,  $p<0,001$ ), частично контролируемое – увеличилось в 1,93 раза (с 22,6% до 43,6%,  $p<0,001$ ), контролируемое течение астмы увеличилось в 2 раза (с 11,3% до 22,6%,  $p=0,007$ ).

До внедрения ПР 82% ( $n=51$ ) больных БА получали ингаляционные ГКС, но у большинства пациентов определялась неправильная техника ингаляции, не использовался спейсер. Через год, в результате обучения и динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями GINA, количество больных, получающих ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), увеличилось до 98% ( $n=61$ ); увеличилось в 1,85 раза количество больных, получающих длительно действующие В2-агонисты (ДДБА) в дополнение к ИГКС (с 32% до 60%).

ПЗ на 62 больных БА до внедрения ПР составили 808932 руб., из которых 52,7% приходилось на стационарное лечение, 34,5% - на амбулаторное обеспечение ЛС, 6,9% - на вызовы СМП, 5,9% - амбулаторно-поликлиническую помощь. За 1 год внедрения ПР затраты на вызовы СМП снизились в 5 раз (количество вызовов СМП уменьшилось в 6,4 раза), на стационарное лечение в 2,96 раза (число госпитализаций уменьшилось в 2,6 раза, количество койко-дней – в 3,8 раза). Затраты на амбулаторное лекарственное обеспечение увеличились в 2,12 раза до 73% от общей суммы ПЗ, которая составила 638871 руб. Наиболее затратными оказались группы больных с тяжелой и среднетяжелой астмой. Уменьшение количества больных тяжелой БА привело к снижению ПЗ на эту группу больных в 1,49 раза (с 64% до 43%), затраты на группу среднетяжелой БА увеличились в 1,7 раза (с 27% до 46%). Общая сумма ПЗ на среднетяжелую и тяжелую астму снизилась в 1,3 раза (на 23%). В целом, в результате внедрения ПР прямые затраты на астму в г. Новоуральске уменьшились на 21%.

Таким образом, реорганизация медицинской помощи больным БА в соответствии с рекомендациями GINA позволяет уменьшить тяжесть клинических проявлений БА и повысить экономическую эффективность помощи больным астмой.