

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КАРДИОЛОГИИ

Коц Я.И., Столбова М.В.

Оренбургская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ

В настоящее время одной из главных проблем в области здравоохранения является недостаточное финансирование, связанное с материальными возможностями государства. Это наблюдается не только в России, но и в ряде экономически развитых стран, свидетельствующее о том, что оптимизация расходования средств в медицине является всеобщей, мировой проблемой. В этой связи ведущими направлениями реформирования здравоохранения являются оптимизация ресурсов отрасли и сокращение стационарных коек в первую очередь, а также развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи и рациональное использование лекарственных средств [2].

Во многом рациональному использованию лекарственных средств способствуют фармакоэкономические исследования. Показатели фармакоэкономической оценки эффективности лечения выступают в качестве критериев, которые позволяют врачам в конкретной клинической ситуации выбрать наиболее приемлемый вид лечения с учетом его эффективности и стоимости [6]. Результаты фармакоэкономических исследований востребованы и определяют выбор терапии во многих странах: Англия, Австралия, Нидерланды, Франция, Канада и США. В России, в связи с ограниченным финансированием и не всегда рациональным выбором препаратов, проблема фармакоэкономического обоснования проводимого лечения особенно актуальна.

Особое значение фармакоэкономические исследования приобретают в связи с проблемами лечения широко распространенных заболеваний, приводящих к инвалидизации, утрате трудоспособности, увеличению расходов на медико-социальные мероприятия. Отсюда понятна актуальность фармакоэкономических исследований сердечно-сосудистых заболеваний, занимающих первое место в структуре заболеваемости и по-прежнему являющихся ведущей причиной общей смертности населения [19].

Расходы на лечение сердечно-сосудистых заболеваний занимают важное место в структуре затрат на здравоохранение: в некоторых странах они составляют 12-13% всех затрат на здравоохранение. Большая часть затрат на лечение сердечно-сосудистых заболеваний приходится на оплату стационарного лечения. Так, по данным министерства здравоохранения за 2005, 60% консолидированного бюджета здравоохра-

нения России тратится на содержание круглосуточных стационаров (164 млрд. руб.), в то время как более 30% госпитализированных больных могли бы получать эффективную медицинскую помощь в амбулаторных условиях [9].

Таким образом, развитие стационарозамещающих технологий (СЗТ) на сегодняшний день является одним из приоритетных направлений, предусмотренных в рамках реализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации».

Одной из главных целей развития СЗТ является снижение показателя госпитализации в круглосуточные стационары и соответственно уменьшение расходов системы здравоохранения при сохранении качества оказания медицинской помощи.

Актуальность развития системы СЗТ обусловлена и тем, что в настоящее время демографическая ситуация во всем мире характеризуется ростом абсолютного и относительного количества лиц пожилого и старческого возраста. Доля лиц старше 65 лет в развитых странах составляет уже сейчас 10-14% от всей популяции. В России на начало 2004г. 13,4% жителей страны (каждый 7-й россиянин) были в возрасте 65 лет и старше [7]. Наиболее быстро растет доля очень старых людей, имеющих возраст 80 и более лет. Эта категория существенно больше других нуждается в медицинской помощи и других видах социального обеспечения, поскольку большинство из них по состоянию здоровья и возрасту утратило способность не только к самообслуживанию, но и к передвижению, а многие остаются в старости одинокими, без поддержки родных и близких. В условиях новых хозяйственных отношений наряду с этическими вопросами оказания медицинской помощи престарелым больным возникли и экономические проблемы. Длительное лечение в многопрофильных стационарах таких больных не только не обосновано, но и становится экономически нерациональным, поскольку они требуют, в основном, продолжительного медицинского ухода при минимальном объеме лечебно-диагностических мероприятий. Поэтому приоритетное значение организации внебольничной помощи лицам пожилого возраста, учитывая ее медицинскую и экономическую эффективность, представляется очевидным [12].

За рубежом накоплен богатый опыт работы стационарозамещающих форм медицинской помощи. В Великобритании в 50-е годы появились первые дневные стационары. И в наше время там эффективно работают дневные стационары для лиц с неврологической патологией, последствиями травм, инвалидов и лиц престарелого возраста [29].

В США дневные стационары обеспечивают долечивание стационарных больных. На лечение в дневные стационары направляются больные, которые могут самостоятельно себя обслуживать и не нуждаются в круглосуточной медицинской помощи. Пациенты прибывают в дневной стационар утром, им проводится соответствующее обследование и лечение, а затем транспортом больницы они доставляются домой. G.C. Manning, N. Ikegami (1998) показали опыт организации и работы госпиталя (стационара) на дому пожилым людям в США [32]. Специалисты осуществляли визиты на дом в среднем 20,6 дней в месяц. Средний возраст пациентов составил 82 года. В диагнозах больных доминировали острые нарушения мозгового кровообращения, артропатии, коронарная болезнь, болезни желудочно-кишечного тракта, онкологические заболевания.

Дневные стационары очень популярны среди больных в Японии, на их услуги имеется большой спрос. В эти стационары госпитализируются больные, достигшие 65-летнего возраста. В течение дня они обеспечиваются питанием, уходом, культурной программой, адаптированной к физическому и моральному состоянию больных, наблюдением врача и соответствующим лечением [33].

Стационарозамещающие формы (СЗФ) медицинской помощи в нашей стране известны давно. Первые дневной стационар (ДС) был открыт в 1930 г. в Московской психоневрологической больнице им. П.Б. Ганнушкина. Позже ДС были созданы при противотуберкулезных и психоневрологических диспансерах. Затем ДС были надолго забыты и только в последние годы получили довольно значительный импульс.

Понятие «стационарозамещающие технологии» (или стационарозамещающие формы) в первичном звене отечественного здравоохранения появилось в середине 80-х годов. Эта форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению включала в себя дневные стационары в поликлинике и палаты дневного пребывания в больнице, а также стационары на дому, которые начали внедряться в 1987г. [23]. Организационные формы работы стационарозамещающих видов медицинской помощи определялись методическими рекомендациями, разработанными МЗ СССР в 1988г.

9 декабря 1999 г. Минздравом РФ был издан приказ № 438 «Об организации деятельности дневных

стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», которым было утверждено положение об их работе, разработаны цели и функции этих подразделений.

По возрастному составу основное большинство лечившихся в дневном стационаре составляют лица трудоспособного возраста — 58,1%, пенсионеры — 15,7%, в круглосуточном стационаре соответственно — 47% и 23,5%.

Дневные стационары при поликлиниках и стационары дневного пребывания в больницах позволяют оказывать квалифицированную помощь при ряде заболеваний [3]. Однако, обзор литературы, показывающий работу ДС, выявил, что наибольшее распространение эта форма оказания медицинской помощи населению получила в терапевтической службе [22].

Из числа закончивших лечение в терапевтическом ДС 38% составили больные с сердечно-сосудистой патологией; 22,5% — с болезнями органов пищеварения; 11,1% больных — с болезнями органов дыхания; 9,7% проходили лечение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; 12,4% — с другими болезнями [10]. Таким образом, актуальность лечения больных с сердечно-сосудистой патологией в ДС очевидна.

Согласно приказу МЗ РФ №438 от 1999 г., показаниями для госпитализации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в ДС являются: гипертоническая болезнь I-II стадии, стенокардия напряжения I-II функционального класса, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I-II стадии, вегетососудистая дистония в период сосудистых пароксизмов. Противопоказаниями для госпитализации в ДС являются: ХСН III стадии, III стадия артериальной гипертонии, частые гипертонические кризы, нестабильная, вариантная стенокардия, стенокардия III-IV функционального класса, пароксизмальная форма мерцательной аритмии, тяжелые осложнения и сопутствующие заболевания. Однако четкого перечня показаний и противопоказаний к госпитализации в ДС нет. По нашему мнению, эти рекомендации устарели и подлежат пересмотру. Как оказалось, не существует официальных регламентирующих документов, отвечающих на вопрос, какие категории больных подлежат лечению в амбулаторных условиях, какие — в круглосуточных стационарах. Их отсутствие для амбулаторных структур различного уровня является тормозом для развития СЗТ [11].

Форма оказания медицинской помощи типа «Стационар на дому», как и дневной стационар, начала внедряться с 1987г. (приказ МЗ СССР №1278 от 16.12.1987г.). Этот вид помощи пациентам соответствует современным условиям функционирования здравоохранения, объективно смещающим вектор оказания медицинской помощи населению в сторону

догоспитального этапа и выдвигающим требованием повышения экономической эффективности без снижения качества медицинских услуг населению [23].

Цель организации стационара на дому (СНД) — оказание медицинской помощи больным с острыми заболеваниями и обострениями хронических болезней, состояние которых может ухудшиться при посещении поликлиники (особенно в осенне — зимний период), а также больным, нуждающимся в стационарном лечении, но не госпитализированным по каким-то причинам. При том условии, что состояние больного и домашние условия (социальные, моральные, материальные) позволяют организовать уход на дому. Стационар на дому используется и для долечивания выписывающихся из стационара больных при отсутствии медицинских и социальных противопоказаний. Противопоказаниями для лечения в СНД являются заболевания, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

Данные С.И. Шляфер, (2004) показали, что пациентами СНД в основном становятся инвалиды и пенсионеры, лица трудоспособного возраста составляют только 3,2% [26]. Наибольший удельный вес составляли больные, страдающие сердечно-сосудистой патологией — 72,9%, болезнями органов дыхания — 13,9%; 4,4% — с болезнями органов пищеварения, 3,6% — с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани и др.

Средняя длительность лечения составляла 11 дней. По мнению ряда авторов, наиболее прогрессивной формой организации ухода за хроническими больными старших возрастов, нуждающимися в постоянном медицинском наблюдении, являются именно стационары на дому [8]. Однако до настоящего времени не определен статус СНД, нет положения, четких показаний и технологий лечения больных в стационаре на дому, не отработаны организационные формы работы СНД, не определена нормативная база деятельности этого структурного подразделения.

Изучение литературы, посвященной организации и эффективности работы стационарозамещающих форм, показало три положительных аспекта: медицинский, социальный и экономический [10].

Медицинский аспект определялся по достижению предполагаемого результата лечения в дневном стационаре и стационаре на дому (выздоровление, улучшение и т.д.) с учетом критериев качества, адекватности и результативности медицинской помощи, а также повышения уровня качества медицинских услуг. В ДС широко используются современные инструментальные методы диагностики — ЭхоКГ, стресс — ЭхоКГ, ЧПЭС, УЗИ, холтеровское мониторирование, способствующие сокращению сроков диагностического периода. В лечении больных применяются методы медикаментозного и немедикаментозного ле-

чения. Результаты лечения больных с сердечно-сосудистой патологией следующие: улучшение отмечено у 98,7% больных, состояние без перемен — у 1,3% [4]. В стационаре на дому 23,0% закончили курс лечения выздоровлением, у 65,9% больных состояние улучшилось, у 7,4% больных состояние осталось без изменения, и только 3,7% больных были переведены на лечение в круглосуточный стационар [28].

Социальный аспект: большая часть пациентов удовлетворены работой ДС — около 98% из числа закончивших лечение [24]. Это связано с исключением негативного влияния госпитализации, отсутствием оторванности от родных и близких, более быстрое возвращение к трудовой деятельности, потенциальная возможность лечиться без больничного листа. По мнению ряда пациентов, лечение в ДС дает определенные преимущества: закончив дневной курс лечения в поликлинике, больные остальную часть дня проводят в домашней обстановке, соблюдая рекомендованный режим, принимая лекарства, придерживаясь диеты и т.д. и в то же время сохраняя привычные социальные связи.

Социологическое исследование показало, что 86,6% больных одобрили работу СНД и считают ее удобной формой лечения. В стационаре на дому предпочтительно ведение пожилых больных с учетом их психологических особенностей, имеющейся потребности в максимальной защищенности и спокойствии, которые возможно обеспечить только дома, в кругу близких людей. Поэтому домашнее лечение пожилых людей при наличии соответствующих условий ухода способствует более благоприятному течению заболеваний и скорейшему выздоровлению. Наконец, есть категория пациентов, которых в клиники берут неохотно. Это тяжело и безнадежно больные люди, которые нуждаются в постоянном уходе и медицинской помощи.

Экономическая эффективность работы СЗТ оценивается путем расчетов и сравнения отдельных экономических показателей [13]:

- средней продолжительности периода временной нетрудоспособности у пациентов, которых лечили в дневном стационаре (или в стационаре на дому) и в стационаре круглосуточного пребывания.

- стоимости одного дня лечения в дневном стационаре (стационаре на дому) и стационаре круглосуточного пребывания.

Средняя длительность лечения в стационаре на дому составила 11 дней. Расчет экономической эффективности показал, что стоимость лечения в стационаре на дому почти в 2 раза меньше, чем в круглосуточном стационаре [8].

Средняя длительность лечения в дневном стационаре составила 10,4 дней, что ниже сроков лечения в терапевтическом отделении стационара. Результаты

экспертных оценок обоснованности использования коечного фонда стационаров установили, что в 6,2% от общего числа койко-дней, проведенных больными в стационаре, лечение могло быть проведено в условиях ДС [28]. Стоимость лечения больных в дневном стационаре приблизительно на 30 % меньше, чем в круглосуточном. При этом стоимость лечения больных с артериальной гипертонией на 25%, а больного со стенокардией на 40% меньше, чем в круглосуточном стационаре [16]. Экономия складывается за счет упразднения ночных дежурств медицинского персонала, расходов на питание больных, сокращение должности буфетчицы. Учитывая, что режим работы ДС, как правило, строится в две смены, а лечение в нем является значительно менее затратным, но таким же эффективным, как в стационаре круглосуточного пребывания, достигается результат увеличения числа пролеченных больных и сокращение круглосуточного коечного фонда при сохранении качества оказания медицинской помощи.

Изучение литературы показало, что во многих научных работах оценивалась экономическая эффективность СЗТ, тогда как работ, оценивающих фармакоэкономическую эффективность СЗТ, не проводилось.

В отличие от простой оценки затрат, фармакоэкономическая оценка эффективности медицинского вмешательства представляет собой более сложную задачу. Целью фармакоэкономических исследований является сравнение стоимости (затрат) и эффективности (результатов) альтернативных медицинских программ или методов лечения [27]. Особую трудность представляет определение эффективности как качественного показателя по сравнению с экономической эффективностью как количественного показателя. В качестве критериев эффективности при фармакоэкономическом анализе часто используются: статистические изменения показателей здоровья (смертность, выживаемость, продолжительность жизни, инвалидизация и т.п.); связанное со здоровьем изменение качества жизни или число сохраненных лет качественной жизни — Quality — Adjusted Life-Year (QALY); вторичные клинические эффекты (снижение частоты осложнений, сокращение числа повторных госпитализаций и т.п.), первичные клинические эффекты (изменение симптомов заболевания, снижение артериального давления и т.п.) [5].

В настоящее время фармакоэкономический анализ является одним из основных критериев при выборе стратегии лечения. За рубежом проведены сотни фармакоэкономических исследований, результаты которых определяют выбор терапии. Национальные руководства по фармакоэкономическому анализу разработаны в Австралии, Канаде, США, Японии, ряде стран Западной Европы (Дания, Великобритания, Испания,

Бельгия, Франция, Нидерланды, Норвегия, Швеция), имеются и общеевропейские рекомендации.

В России интерес к фармакоэкономическому анализу отмечается с середины 90-х годов, когда обострилась необходимость рационального расходования ресурсов в связи со сложной экономической ситуацией в здравоохранении, а также распространенности устаревших малоэффективных лекарственных препаратов и медицинских технологий, неэффективного использования ресурсной базы. Необходимо отметить, что особенностью фармакоэкономических исследований, в отличие от исследований клинической эффективности, является невозможность экстраполяции полученных зарубежных данных на российское здравоохранение в связи с несопоставимостью прямых и косвенных затрат: различий в стоимости медикаментов, госпитализаций, диагностических процедур, оплаты труда медицинского персонала и т.д. [1]. Поэтому в нашей стране необходимы собственные фармакоэкономические исследования с учетом особенностей отечественного здравоохранения и экономики.

В последнее время появилось большое количество работ по фармакоэкономике, среди которых работы П.А. Воробьева, Ю.Н. Беленкова, Ю.Б. Белоусова, С.Р. Гиляревского, О.Д. Остроумовой, А.В. Рудаковой и других. Во многих из них была проанализирована фармакоэкономическая эффективность лечения таких заболеваний как артериальная гипертония, хроническая сердечная недостаточность, стабильная стенокардия.

Известно, что хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является важной проблемой современной кардиологии, лечение которой требует больших финансовых затрат. По данным Фрамингемского исследования, ХСН встречается у 1% населения в возрасте 50-59 лет, а с увеличением возраста ее распространенность растет, достигая 10% среди населения в возрасте 80-90 лет. В 2003 году декомпенсация ХСН стала причиной госпитализации в кардиологические отделения стационаров почти каждого второго больного (49%), а ХСН фигурировала в диагнозе у 92% госпитализированных больных. В экономически развитых странах затраты на лечение ХСН составляют приблизительно 1-2% бюджета здравоохранения. При этом 70-80 % расходов идет на оплату лечения больных в условиях круглосуточного стационара, около 20% — на организацию амбулаторного лечения [34]. Остается высоким процент повторных госпитализаций. В Европе в течение 30 дней повторно госпитализируются 16% больных, а в течение года — 37%. В России выявлен значительно больший процент повторных госпитализаций: в первые 30 дней — 31%. Длительность пребывания больного в стационаре по поводу ХСН почти в 2 раза выше, чем в большинстве стран: если в США средний койко-день составляет 7-

8 дней, в Европе — не более 14, то в России он увеличивается до 27 дней [15].

В связи с большими расходами на лечение ХСН, рекомендуются следующие подходы к снижению затрат. Первый подход состоит в улучшении лечения заболеваний, следствием которых является ХСН. Особое место среди этих заболеваний занимает артериальная гипертензия. Другим подходом к улучшению показателей экономической оценки эффективности лечения ХСН является снижение частоты госпитализаций больных. Эта задача может быть решена путем увеличения приверженности больных к предписанной терапии (комплаентности) и развития стационарозамещающих технологий [21]. Так, А.В. Левин (2002) отмечает следующие преимущества ДС при лечении больных с ХСН: значительный экономический эффект, рациональное использование койки, более короткий средний койко-день с подбором адекватной терапии на фоне тренирующего режима; исключение негативных сторон госпитализации, а, следовательно, повышение качества жизни больного [16].

Фармакоэкономическая оценка антигипертензивной терапии представляет особый интерес в связи с большой распространенностью артериальной гипертензии (АГ) — 20% в общей популяции и 50% среди пожилых людей. Также АГ является фактором риска развития ряда сердечно-сосудистых осложнений, терапия которых требует больших затрат [25]. Кроме того, высока стоимость лечения АГ. За последние 10 лет стоимость гипотензивной терапии увеличилась в 4 раза, что объясняется как повышением цены современных классов гипотензивных средств, так и необходимостью достижения более низких целевых уровней артериального давления [20].

Опыт работы ряда ДС показывает, что лечение больных с АГ I–III степени в условиях СЗТ является эффективным и имеет ряд преимуществ перед круглосуточным стационаром, поскольку подбор адекватной терапии проводится на фоне режима, максимально приближенного к обычной жизни больного; отсутствуют негативные стороны госпитализации; существует возможность выполнять после лечения какую-либо работу (не запрещенную лечащим врачом); выраженный экономический эффект.

В настоящее время установлен ряд факторов, определяющих экономическую эффективность лечения АГ. Прежде всего, это исходный уровень диастолического артериального давления (АД) и возраст больных. Экономическая эффективность антигипертензивной терапии возрастает (т.е. уменьшается стоимость 1 года спасенной жизни) при исходно более высоком АД и в более старших возрастных группах.

Важным фактором, влияющим на экономическую эффективность гипотензивной терапии, является

приверженность больных к лечению. Низкая приверженность к гипотензивной терапии приводит, прежде всего, к увеличению частоты госпитализаций и, следовательно, к увеличению расходов. От 16 до 50% больных с вновь установленным диагнозом АГ в течение года прекращают прием гипотензивных препаратов [28, 30].

Причины низкой приверженности могут быть связаны с пациентом, с врачом, с характером самой терапии, могут быть социально-экономические причины [14]. Влияние социально-экономических факторов на комплаентность больного варьирует в разных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. В России 62% больных отказываются от продолжения лечения по соображениям стоимости, и этот фактор выходит на первый план среди причин ухудшения комплаентности.

По данным ряда авторов, при длительном лечении АГ экономически более выгодное соотношение цена — эффективность выявлено для диуретиков, далее следуют β -блокаторы (БАБ), затем иАПФ, антагонисты кальция и, наконец, α -блокаторы [20]. Однако рентабельность лечения АГ определяется, в конечном итоге, не классом используемых гипотензивных средств, а конкретным медикаментом, поскольку цена препаратов существенно колеблется внутри каждой группы. Данные фармакоэкономического исследования, проведенного В.И.Петровым и С.В.Недогодой (1999) показали, что при сопоставлении стоимости и эффективности лечения АГ различными дженериками эналаприла (ренитек, энап, эднит, инвори-л и энам) наилучший показатель «цена-эффективность» был у энапа и эднита, а наихудший — у энама. Сравнение селективных и неселективных БАБ показало, что более высокий уровень качества жизни у пациентов, принимающих селективные β -блокаторы, компенсирует большую стоимость препаратов этой группы. Кроме того, экономическую эффективность лечения АГ определяет влияние гипотензивных препаратов на сопутствующие заболевания и другие факторы риска сердечно-сосудистых осложнений. Так, иАПФ, антагонисты кальция, БАБ достоверно снижают риск развития сердечно-сосудистых и cerebro-васкулярных осложнений [17]. Существенное влияние на стоимость лечения АГ оказывает и безопасность препарата, поскольку затраты на коррекцию побочных эффектов увеличивает затраты на лечение почти в 2 раза.

Характер проводимой терапии, в первую очередь ее переносимость, эффективность и удобство для больного, — один из основных факторов, определяющих комплаентность в лечении. Установлено, что применение комбинированных препаратов (например, содержащих в одной таблетке иАПФ и диуретик), увеличивает частоту выполнения больным предписанной схе-

мы лечения. Также достаточно доказательств того, что однократный прием препаратов в сутки сопровождается лучшей приверженностью, чем двукратный и, тем более, многократный прием [31].

Следовательно, использование современных гипотензивных средств, обладающих низкой частотой побочных реакций, позволяет уменьшить затраты здравоохранения в среднем на 38% за счет уменьшения числа амбулаторных посещений и госпитализаций [20].

Актуальность поиска экономических стратегий лечения ишемической болезни сердца (ИБС) определяется ее распространенностью и высокой стоимостью лечения. В структуре обращаемости взрослого населения по поводу болезней системы кровообращения на долю ИБС приходится 25,3%. Одной из наиболее распространенных и относительно доброкачественных форм ИБС является стабильная стенокардия [19]. Тем не менее, уровень ежегодной смертности у больных стабильной стенокардией в среднем составляет 2-3% и еще у 2-3% развивается нефатальный инфаркт миокарда. Затраты на лечение больных ИБС и социальные последствия для многих стран представляют собой большую проблему. В то же время не все ресурсы рационально используются, имеются значительные резервы для улучшения диагностики, лечения и вторичной профилактики ИБС. Основными задачами лечения больных стенокардией напряжения являются не только уменьшение симптоматики заболевания и контроль за ней, но и снижение

риска осложнений, улучшение качества жизни и увеличение ее продолжительности.

Есть мнение, что в ДС могут лечиться больные преимущественно пульмонологического и гастроэнтерологического профиля. А больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в связи с высоким риском развития осложнений и смерти, предпочтительнее лечиться в условиях круглосуточного стационара из соображений безопасности. Возможно, это справедливо для маломощных ДС при районных поликлиниках. Опыт работы ряда дневных стационаров и стационаров на дому при крупных лечебно-профилактических учреждениях показывает эффективность и безопасность лечения больных с АГ I-III степени, ХСН I, ПА, ПБ стадии, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК [16,21].

В заключение необходимо отметить, что отсутствие четких современных показаний и противопоказаний для госпитализации в дневной стационар и стационар на дому, сроков и технологий лечения больных в ДС и СНД, а также отсутствие доказательств одинаковой эффективности лечения сопоставимых по тяжести больных в СЗТ и круглосуточном стационаре (при доказанном экономическом преимуществе ДС и СНД) тормозят развитие СЗТ. Проблема оценки фармакоэкономической эффективности лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара и стационара на дому в связи с ее недостаточной изученностью весьма актуальна и необходимость дальнейших исследований последней очевидна.

Литература

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б., Горохова С.Г. Проект отраслевого стандарта «Фармакоэкономические исследования. Общие положения» // Проблемы стандартизации в здравоохранении.-2000.-№4.-С42-54.
2. Артюхов А.С. Пути реструктуризации стационарной помощи в период реформирования здравоохранения// Русский медицинский журнал.- 1999.- №3.-С.7-10.
3. Барт Б.Я., Манукян Л.М., Асимова Л.Г. и др. Дневной стационар поликлиники — эффективная форма оказания медицинской помощи населению // Терапевтический архив.- 1997.- Т. 69.- С. 9-11.
4. Болтенко Н.Н., Лабзовская А.Г. Организация работы дневного стационара в городской поликлинике// Здравоохранение Российской Федерации.-1999.- №2.-С.50-51.
5. Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С. и др. Клинико-экономический анализ.- М.: Ньюадимед, 2004.-404 с.
6. Гиляревский С.Р., Орлов В.А. Использование анализа экономической эффективности лечения для принятия клинического решения в кардиологии // Кардиология.-1997.-№9.-С 70-80.
7. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 году// Здравоохранение Российской Федерации.- 2006.- №3.- С.3-23.
8. Деев А.Н., Олейниченко В.Ф., Пушкарева И.З. Роль и место стационара на дому в системе оказания медицинской помощи больным пожилого возраста // Клиническая геронтология.- 1998.-№3.- С.69.
9. Заседание коллегии здравоохранения и социального развития РФ «Модернизация здравоохранения» 26 ноября 2004г.// Методическое здравоохранения.- 2005.- №1.-С.4-11.
10. Калининская А.А., Шапкина О.В., Шляфер С.И. и др. Объем, характер и экономический эффект деятельности стационара дневного пребывания в городской больнице//Здравоохранение РФ.-2000.- №5.-С.20-23.
11. Карташов В.Т., Романовский В.В. Стационарозамещающие технологии в контексте проблем переноса усилий здравоохранения с госпитального на амбулаторный этап// Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения.- 2003.- №4.-С.30-33.
12. Карюхин Э.В. О путях развития служб геронтологической помощи на дому // Клиническая геронтология.- 2006.-№4.-С.27-30.
13. Коваленко А.И. Экономическая оценка деятельности дневных стационаров, дальнейшая перспектива их развития// Экономика здравоохранения.-2001.-№4-5.-С.44-46.
14. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия.-2004.- Т.10.- №3.-С.137-143.
15. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н., Русская Л.В. и др. Причины повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью и их стоимостные характеристики // Сердечная недостаточность.-2005.-Т. 6.- №1(29).-С.19-22.
16. Левин А.В. Организационно-экономические механизмы оптимизации деятельности кардиологической службы.- Самара, 2002.-152 с.
17. Недогода С.В. Лечение артериальной гипертензии в пожилом возрасте: доказанное и недоказанное // Сердце.-2006.-Т.5.-№4(28).-С.177-183.
18. Оганов Р.Г. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в российской Федерации (международное исследование АТР- Angina Treatment Pattern) // Кардиология.- 2004.- №5.-С.9-16.

19. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.-2004.-№3.-С.4-8.
20. Остроумова О.Д., Недогода С.В., Мамаев В.И. и др. Фармакоэкономические аспекты эффективности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при артериальной гипертензии и сердечной недостаточности // Русский медицинский журнал.-2003.-Т.11.- №5.-С.262-266.
21. Полубоярова Н.М. Течение хронической сердечной недостаточности при длительном наблюдении больных в поликлинике и значение стационара на дому в лечении тяжелых форм заболевания (ретроспективное и проспективное исследование). Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Москва, 1999.
22. Стародубов В.И., Калининская А.А., Скворская Г.П. и др. Экономические и медико-организационные основы деятельности дневного стационара на базе больничного учреждения.-2001.-№1.-С 31-35.
23. Степанов В.В. Организация работы дневного стационара. Сборник документов. Москва. 2001. МЦФЭР.-285 с.
24. Тарасов Ю.И., Голод М.С. Мнение пациентов об использовании стационарозамещающих технологий// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2005.-№4.-С 32-34.
25. Чазова И.Е., Беленков Ю.Н. от имени исследовательской группы. От идеи к клинической практике: первые результаты Российского национального исследования оптимального снижения артериального давления (РОСА) // Consilium medicum.- 2004.- (прилож.2).- С.18-22.
26. Шляфер С.И., Калининская А.А., Бальзамова Л.А. и др. Организационные формы работы и основные показатели деятельности стационаров на дому// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2004.-№1.- С.25-27.
27. Drummond R., Luft H.S. Pharmacoeconomic analyses // JAMA 2000; 283(16):2158-60.
28. Elliot W.J. Cost-effectiveness of arterial hypertension// Postgrad Med 1996; 99:241-52.
29. Forster A., Young J., Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people // BMJ.-1999;318:837-841.
30. Horvathova H., Kimlikova K., Balazovjeh I. et al. Compliance and the therapeutic effect in patients with arterial hypertension // Bratisl Lek Listy 2003.-Vol.104(4-5).-P.149-154.
31. Lee J.Y., Kusek J.W., Greene P.G. et al. Assessing medication adherence by pill count and electronic monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study// Am J Hypertens 1996;9:719-25.
32. Manning G. C., Ikegami N. Long-term Care in Japan and the United States: A Medical or Social issue? // JAMA.-1998.-Vol.279.№ 3.- P.747-748.
33. Ogawa K. Outcomes Research of Home-Visit Nursing Care in Japan //Home Health Care Management Practice 2006.-Vol.18 №4.-P.286-292.
34. Parmley W.W. Cost-effective management of heart failure// Clin Cardiol 1996;19:240-242.

Abstract

The study was aimed at determining heart pathology features in young and middle-aged patients with metabolic syndrome (MS). In total, 88 people aged 35-55 years, with various MS components, were examined. Seventeen patients had three MS components (Group 1), 42 – 4 components (Group 2), and 29 – 5 components (Group 3). Left ventricular (LV) electrical myocardial instability and autonomous dysfunction were observed in 16%, cardiac arrhythmias – in 28%, and ischemia – in 22%. Metabolic disturbance severity directly correlated with the number of MS components. LV structure changes manifested in myocardial hypertrophy and increased myocardial mass (65%), diastolic dysfunction (45%), and systolic dysfunction (10%). Therefore, young and middle-aged patients with various MS components demonstrated LV electrical myocardial instability, heart rate variability disorders, ischemic, structural and functional LV myocardial disturbances. These changes were more manifested in patients with more MS components.

Keywords: Metabolic syndrome, painless myocardial ischemia, left ventricular structural disturbances, left ventricular dysfunction.

Поступила 12/04-2007