

туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, у подростков — инфильтративный туберкулез легких, сопровождающийся распадом легочной ткани и бактериовыделением. Наблюдается снижение заболева-

емости детей и подростков, проживающих в бациллярных очагах туберкулезной инфекции, что связано с эффективной профилактической работой с данной группой населения.

Пути введения противотуберкулезных препаратов — сколько это стоит?

Н.А. Архангельская, М.П. Татаринцева

Клинический противотуберкулезный диспансер, г. Омск

Введение. В настоящее время уровень финансирования здравоохранения России находится на одном из последних мест среди стран мира. В России из государственных источников на здравоохранение выделяется 570 долларов, тогда как в странах организации экономического сотрудничества эта цифра составляет более 3000 \$ на душу населения. При сравнении уровня затрат на здравоохранение и продолжительности жизни отмечается, что наиболее эффективны затраты до 4000 \$ на душу населения, затем эффективность затрат снижается, то есть каждый вложенный доллар не принесет значимого изменения продолжительности жизни. Таким образом, для увеличения эффективности затрат стоит не только увеличивать финансирование, а также изменять направленность затрат. Но оценить истинную стоимость услуги на этапе подписания заявок невозможно, с этой целью необходимо проведение фармакоэкономических исследований. Многие исследователи указывают, что большую часть расходов стационара составляет не основная деятельность, а «гостиничные» услуги — утилизация мусора, коммунальные услуги, питание пациентов, охрана и прочее.

Цель. Сравнить стоимость энтерального и парентерального путей введения изониазида, рифампицина и моксифлоксацина и выяснить долю прямых немедицинских затрат в общей стоимости оказания услуги.

Материалы и методы. При анализе учитывались прямые медицинские затраты (стоимость 1 дозы препарата, стоимость расходных материалов для проведения 1 процедуры, оплата рабочего времени среднего медицинского персонала на 1 процедуру), прямые немедицинские затраты (стоимость утилизации отходов после проведения 1 процедуры, в которую вошли: стоимость услуг по вывозу мусора, стоимость электроэнергии, стоимость дезинфицирующих средств для обеззараживания отходов и прочие расходы, не

являющиеся медицинскими). Так как пациенты, получающие лечение как энтерально, так и парентерально, находятся в одном стационаре, затраты на их питание и содержание равнозначны, поэтому в расчете не учитывались. Цены на лекарственные препараты взяты из реестра цен ЖНВЛС. Для наглядности расходов рассчитана стоимость курса интенсивной фазы терапии 1000 пациентов.

Результаты. Стоимость 1 дня лечения изониазидом в парентеральной форме дороже в 16,5 раза. Более 25% затрат придется на утилизацию мусора после проведения процедуры, и эти расходы не оказывают влияния на исход терапии, а в расчете на 1000 пациентов, получающих лечение, сумма затрат составит более 900 000 рублей. Биодоступность изониазида составляет 90% полученной пероральной дозы. Парентеральное введение показано тем пациентам, у которых по каким-либо причинам нарушено всасывание препарата. В ином случае и 56% затрат на расходные материалы так же теряют свое значение. В абсолютном выражении на 1000 пациентов эти расходы составят более 2 000 000 рублей.

При выборе парентерального пути введения рифампицина стоимость 1 дня лечения превысит стоимость энтерального пути в 34 раза. Но из-за более высокой стоимости самого рифампицина большую часть расходов занимает приобретение лекарственного препарата. При этом, так как биодоступность рифампицина равна 95%, то есть 5% препарата, которые выведутся из организма, не оказав эффекта, будут стоить стационару 4 500 000, израсходованных на расходные материалы и их дальнейшую утилизацию при лечении 1000 человек. При проведении анализа минимизации затрат оказалось, что, чем меньше стоимость самого лекарственного препарата, тем больший процент затрат забирают прочие расходы.

Выводы. Анализ минимизации затрат не предоставляет возможности полноценно сравнить два пути

введения, но полученные результаты показывают однозначную необходимость проведения дальнейших этапов фармакоэкономического исследования.

В настоящее время литературный поиск не дал достаточной информации для анализа эффективности затрат.

Сплошное рентгенообследование родильниц как метод выявления туберкулеза в группе риска

Т.И. Байбородова¹, И.Ф. Копылова¹, Н.В. Кирякина², С.В. Саранчина²

¹ Кемеровская государственная медицинская академия;

² Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Введение. С учетом напряженной эпидобстановки по туберкулезу и повышенного риска заболевания женщин в период беременности в Кемеровской области с 2007 г. проводится сплошное рентгенообследование женщин в послеродовом периоде в родильных домах.

Цель. Анализ своевременности выявления и эффективности лечения туберкулеза, выявленного у женщин в родильном доме.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и лечения 96 женщин с туберкулезом, выявленным в роддоме, госпитализированных в Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер. Возраст женщин колебался от 17 до 38 лет. Рентгенообследование проводилось в первые 2 сут. после родов. При выявлении туберкулеза пациентки изолировались в роддоме, в том числе от детей, через 5–7 дней переводились в стационар тубдиспансера. Лечение проводилось в соответствии с существующими нормативами.

Результаты. Из клинических форм туберкулеза, выявленных в роддоме, преобладала инфильтративная, диагностированная в 63 случаях (65,6%), преимущественно ограниченной протяженности. Очаговый процесс установлен у 23 женщин (23,9%), экссудативный плеврит — у 6 (6,2%), диссеминированный туберкулез — у 3 (3,1%), туберкулема — у 1. Фаза распада наблюдалась лишь в 17 случаях (17,7%), бактериовыделение — в 34 (35,4%), преимущественно культурально и ПЦР, только у 4 (4,1%) — бактериоскопически. Лекарственная устойчивость МБТ установлена у 14 из 34 бактериовыделителей (41,2%), в том числе множественная (МЛУ) — у 9 (36,5%). Предшествующее рентгенологическое обследование легких проведено в 1/2 случаев (у 48 из 96) не менее года назад, у остальных — более 2 лет. Патологических изменений в прошлом не выявлялось. Из эпидемиче-

ских и социальных факторов риска установлены следующие: тесный контакт с больными туберкулезом — у 12 (12,5%), курение — у 22 (22,9%), злоупотребление алкоголем — у 20 (20,8%), наркотическая зависимость — у 3 (3,1%), отсутствие постоянного местожительства — у 5 (5,2%). Случаев ВИЧ-инфекции в исследуемой группе женщин не наблюдалось. Основной курс лечения туберкулеза закончен с достижением клинического излечения у 92 из 96 больных (95,8%), в том числе у 6 — с применением оперативного вмешательства. Через 2–3 года после окончания основного курса достигнутый эффект сохранялся во всех случаях, рецидивов не наблюдалось. Отсутствие положительной динамики процесса у 4 больных (4,2%) объяснялось полным отсутствием приверженности лечению социально дезадаптированных женщин. Исходными формами туберкулеза у данных пациенток явились диссеминированная (2) и инфильтративная (2) с фазой распада и бактериовыделением с МЛУ во всех 4 случаях. У одной женщины заболевание закончилось летальным исходом, у двоих сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез, у одной — конгломератная туберкулема.

Обсуждение и выводы. Обязательное рентгенообследование женщин после родов в роддоме обеспечило своевременное выявление туберкулеза в преобладающем большинстве случаев без распада и бактериовыделения. Достигнута высокая эффективность лечения: клиническое излечение получено в 95,8% и подтверждено последующим наблюдением в течение 2–3 лет. Отсутствие положительного результата имело место лишь в единичных случаях при социальной дезадаптации и отказе от лечения. Результаты исследования позволяют рекомендовать проведение сплошного рентгенообследования женщин в роддоме в территориях с напряженной эпидобстановкой по туберкулезу.