УДК 616.36-004-089.163

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н., профессор
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Дурлештер Владимир Моисеевич - д.м.н., профессор
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Голуб Екатерина Андреевна
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Усова Ольга Анатольевна, к.м.н.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Проведенный клинико-экономический анализ свидетельствует, что у больных циррозом печени в процессе предоперационной подготовки коррекция синдромов холестаза и цитолиза достигается за 14 дней терапии S-адеметионином и за 28 дней урсодезоксихолевой кислотой; при предоперационной подготовке S-адеметионином показатель «затраты-полезность» на 19,3 % ниже, чем при подготовке урсодезоксихолевой кислотой

Ключевые слова: ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА, КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

UDC 616.36-004-089.163

CLINIC-ECONOMY EFFICACY OF PRE-OPERATED TREATMENT OF PATIENTS WITH HEPATIC CIRRHOSIS

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD, Prof.

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Durleshter Vladimir Moiseevich, MD, Prof.

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Golub Ekaterina Andreevna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Usova Olga Anatolievna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Clinic-economy analysis performed has shown that in pre operated period patients with hepatic cirrhosis displayed cholestasis and cytolysis correction during 14 days of S-ademethionin therapy and 28 days of ursodesoxycholic acid therapy. The index “expense – good” is 19.3% lower in S-ademethionin therapy compared with ursodesoxycholic acid one.

Key words: HEPATIC CIRRHOSIS, PRE-OPERATED TREATMENT, CLINIC-ECONOMY EFFICACY

Клинико-экономическая оценка эффективности комплексного лечения хронических заболеваний в настоящее время основывается на оценке достигнутого в результате лечения уровня качества жизни (КЖ) и сопоставлении его с материальными затратами [1, 2]. С 1948 года, когда Всемирная организация здравоохранения дала определение здоровья не только по отсутствию болезни, но как состоянию физического, психического и социального благополучия [3], оценка КЖ, в том числе в контексте здоровья/болезни, стала широко применяться в практическом здравоохранении и научных исследованиях [4].

В концепции развития методологии исследования КЖ одной из приоритетных задач является улучшение контроля оперативного и консервативного лечения. Анализ КЖ при планировании программ комплексного ведения пациентов является важным компонентом индивидуализации лечения. Параметры КЖ все шире применяются в практике отечественного здравоохранения для экспертизы и стандартизации новых методов лечения [5].

Особенно широко исследование КЖ больного используется в гастроэнтерологии и хирургии [5-7]. Наряду с клинико-эпидемиологической картиной [8], исследования качества жизни пациентов могут реализовать развернутый биомедицинский подход при определении оптимальных стратегий и тактики клинического управления. Ранее эффективность хирургических методов лечения определялась в основном по таким показателям, как летальность, продолжительность пребывания в стационаре, наличие послеоперационных осложнений, а также частота и степень выраженности различных расстройств, регистрируемых по данным лабораторных и инструментальных методов исследования, т.е. основной акцент делался на “количество жизни” и не принималось во внимание, что для каждого пациента большее значение имеет улучшение самочувствия и

повышение удовлетворенности жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах [9, 10].

В настоящее время общепринятым является мнение, что пока не изучено влияние хирургического лечения на КЖ в послеоперационном периоде, нельзя с полной объективностью судить о достоинствах и недостатках той или иной операции [11]. Отмеченная тенденция согласуется с высказыванием Frede M. на Всемирном конгрессе хирургов в Барселоне (1996), что «качество хирургии определяет качество жизни больных».

Целью исследования явилось повышение эффективности предоперационной подготовки больных с циррозом печени (ЦП), осложненным портальной гипертензией и угрозой или ранее состоявшимся кровотечением из ВРВП, на основе проведения клинико-экономического анализа.

Материал и методы исследования. Были обследованы 53 больных ЦП, находившихся на лечении в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) в 1998-2008 годах. В дальнейшем в сроки с 2008 по 2010 годы пациенты наблюдались в Муниципальном учреждении здравоохранения городская больница №2 «Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения» (МУЗ городская больница №2 «КМЛДО»).

В 1-ю группу вошли больные (28 человек), у которых установлен диагноз ЦП различной этиологии, получавшие консервативное лечение по месту жительства, в анамнезе которых отмечались эпизоды кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП); в дальнейшем им была выполнена операция азигопортального разобщения с формированием арефлюксной кардии по В.И.Оноприеву.

2-я группа (25 человек) - пациенты со сходной этиологией ЦП и анамнезом заболевания, сопоставимой с 1-ой группой выраженностью

портальной гипертензией и стадиями ВРВП; по различным причинам не были прооперированы. Контрольную группу составили 30 добровольцев (15 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 21 до 49 лет - студенты и коллеги, у которых по результатам исследований не было выявлено патологии внутренних органов.

В 1 –ой группе больных подавляющее большинство пациентов имели однократный эпизод или повторные кровотечения из ВРВП и желудка, что достоверно выше, чем у пациентов 2 –ой группы (75% и 28%, $p<0,05$). Среднее количество кровотечений в анамнезе пациентов 1 –ой группы составило 2±0,1, а во 2 –ой группе 1,7±0,2, у всех обследованных пациентов - 1,9±0,2. Всем пациентам проводились лабораторные исследования, включающие в себя маркеры вирусных гепатитов для выявления этиологии ЦП, общий и биохимический анализы крови, на основании которых диагностировали синдромы гиперспленизма, цитолиза, холестаза, печеночно-клеточной недостаточности; оценивали состояние свертывающей системы крови. Проводился скрининговый тест на онкопатологию печени - альфа-фетопротеин (АФП). Инструментальные методы обследования позволяли выявить наличие или отсутствие очаговых образований, изменение размеров, контуров, структуры печени, внутри и внепеченочных желчных протоков, проходимость и размеры воротной и селезеночной вен, а так же наличие сосудистых коллатералей и свободной жидкости в брюшной полости (асцит), как признаков портальной гипертензии. Фиброгастродуоденоскопия выявляла степень и выраженность ВРВП и желудка, эрозивно-язвенные поражения. Кроме того проводилась суточная pH-метрия, рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с барием для уточнения наличия гастроэзофагеального рефлюкса, недостаточности кардии и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Проявления печеночной энцефалопатии (ПЭ) были подтверждены тестом связи чисел

(ТСЧ), а качество жизни изучалось по опросникам MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study 36- Item Short- From Health Survey), GIQLI (Gastro-Intestinal Quality of Life Index) и визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в первые дни обращения, после операции (1 месяц, 1 - 3, 3 - 12 месяцев, 1 – 1,5, 1 - 2, 2 - 3 года, от 3-4 лет и более 4-х лет). Проводили анализ клинико-экономической эффективности предоперационной подготовки «затраты - полезность» и «затраты - эффективность» [12].

Статистическую обработку полученных данных производили на IBM – совместимом компьютере на базе Intel Pentium IV с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel и программы «Статистика-6» для Windows XP (версия 2002).

Результаты исследования.

При эндоскопическом исследовании было выявлено, что у пациентов 1-ой группы достоверно чаще встречался эрозивный эзофагит (46,4% и 16,0%, $p<0,05$) по сравнению с больными 2-ой группы. Степень ВРВП была достоверно выше у больных ЦП 2-ой группы по сравнению с 1-ой группой (92,0% и 67,9% соответственно, $p<0,05$). Пациенты с ВРВП I степени не были включены в исследование, они требовали дальнейшего наблюдения и консервативного лечения. Застойная гастропатия (одно из проявлений синдрома портальной гипертензии) достоверно чаще выявлялась у больных 1-ой группы (75,0% и 44,0%, $p<0,05$), что требовало проведения консервативных мероприятий в качестве предоперационной подготовки у всех пациентов. В качестве оценки риска развития кровотечения использовался индекс NIEC. При сравнении медиан индекса NIEC у пациентов ЦП, видно, что вероятность риска кровотечения у больных ЦП с классом А по Child – Pugh в 1 –ой группе больных достоверно выше, чем во 2 -ой группе (23,3% и 14,8 % кровотечений в год, $p<0,05$). При циррозе класса В по Child – Pugh, риск кровотечений в течение года из ВРВП составил 37,8%, а при классе С по Child – Pugh-

более 40% в обеих группах. Среднее значение индекса NIEC у больных ЦП 1 –ой группы составил 37,96±0,9, что соответствует 5 –ой группе риска, среднее значение индекса NIEC у больных 2 -ой группы составило 34,63±1,0, что соответствует 4 –ой группе риска (таблица 1).

Таблица 1 -Медианы индекса NIEC у пациентов циррозом печени

Индекс NIEC	1 группа (n=28)					2 группа (n=25)				
	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max
Класс А по Child – Pugh	27,1	28,7	30,3	33,5	33,5	27,1	27,1	27,1*	30,0	30,0
Класс В по Child – Pugh	33,6	35,9	37,8	40,0	42,1	33,6	36,8	36,8	36,8	36,8
Класс С по Child – Pugh	43,3	44,3	46,5	46,5	46,5	43,3	43,3	44,9	46,5	46,5

*Примечание :** представлены достоверные отличия (p<0,05) от 1-ой группы больных.

Снижение давления в портальной системе является одним из основных патогенетических звеньев в лечении ЦП и предупреждении кровотечения из ВРВ. Пациенты, находящиеся на диспансерном наблюдении, получали не селективные бета-блокаторы, у одной трети наших пациентов с ЦП и кровотечениями из ВРВП в анамнезе их применение было не возможным из-за наличия противопоказаний, поэтому прием бета-блокаторов не являлся основным и надежным методом снижения портального давления.

Необходимость постоянного приема препаратов (в частности бета-адреноблокаторов) у больных ЦП поставила перед нами проблему комплаентности. Были разработаны критерии комплаентности на основании опроса и анкетирования пациентов (все пациенты были разделены на 2 группы - комплаентные (19 больных) и не комплаентные (34 пациента)). Не комплаентность явилась одним из предрасполагающих

факторов в проведении хирургического лечения в качестве профилактики кровотечений из ВРВП.

На основании оценки мнения не комплаентных пациентов о необходимости и важности комплексной терапии нами было выявлено, что большинство больных считали необходимым прием только гепатопротекторов курсами 2-3 раза в год - 15 (44,1%) человек, 10 (29,4%) считали необходимым прием гепатопротекторов и антисекреторных препаратов, 6 (17,6%) - прием гепатопротекторов и слабительных (лактулоза), 3 (8,8%) – прием гепатопротекторов и мочегонных препаратов, и ни один пациент не считал прием бета – блокаторов необходимым, то есть такое грозное осложнение портальной гипертензии как кровотечение из ВРВП игнорировали 64,2% обследованных нами больных ЦП. У не комплаентных больных чаще отмечались эрозивно-язвенные поражения пищевода и желудка, асцит, печеночная энцефалопатия, гастропатия.

При изучении качества жизни было выявлено, что у больных 1-ой группы отмечены достоверно более низкие значения параметров КЖ по шкале «ролевое физическое функционирование», по сравнению с пациентами 2 -ой группы ($p<0,05$). С учетом неоднократных кровотечений в анамнезе и частых госпитализаций в стационары у лиц трудоспособного возраста в 1-ой группе показатели «ролевого эмоционального функционирования» были достоверно ниже, чем у больных 2-ой группы ($p<0,05$).

Предоперационная подготовка, считалась эффективной и оперативное лечение проводилось при достижении следующих показателей: эритроциты не ниже $2,0x10^{12}$/л, гемоглобин не ниже 85 г/л, тромбоцитами не ниже 30 тыс.; билирубин общий не выше 25 мкмоль/л, альбумин не ниже 30-32 г/л, протромбиновый индекс не ниже 60%, гаммаглутамилтранспептидаза не выше 65 Ед/л, щелочная фосфатаза не

выше 132-140 Ед/л, АЛТ и АСТ не выше 3-х норм; при эпителизации эрозивно-язвенных поражений пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки; коррекция асцита до минимальных значений; ПЭ не выше 0-I стадии.

В плане предоперационной подготовки были использованы гепатопротекторы, в частности, S - адеметионин и урсодезоксихолевая кислота (УДХК). Снижение билирубина и его фракций, цитолиза и холестаза при приеме S - адеметионина отмечалось в 2 раза уже через 2 недели постоянного приема препарата, а к 4 –ой неделе лечения у большинства больных приходило к нормальным значениям, а при приеме УДХК достоверное снижение показателей наблюдалось только к 4 –ой неделе лечения ($p<0,05$).

Нами рассматривались предоперационная подготовка пациентов ЦП в сроки до 14 дней, ее эффективность в компенсации печеночной недостаточности, класса цирроза в зависимости от применяемого гепатопротектора (S- адеметионин и УДХК) и стоимость лечения. При анализе «затраты - полезность» учитывали мнение самих пациентов о достигнутом результате, оцениваемое с использованием параметров КЖ (рис.1, 2).

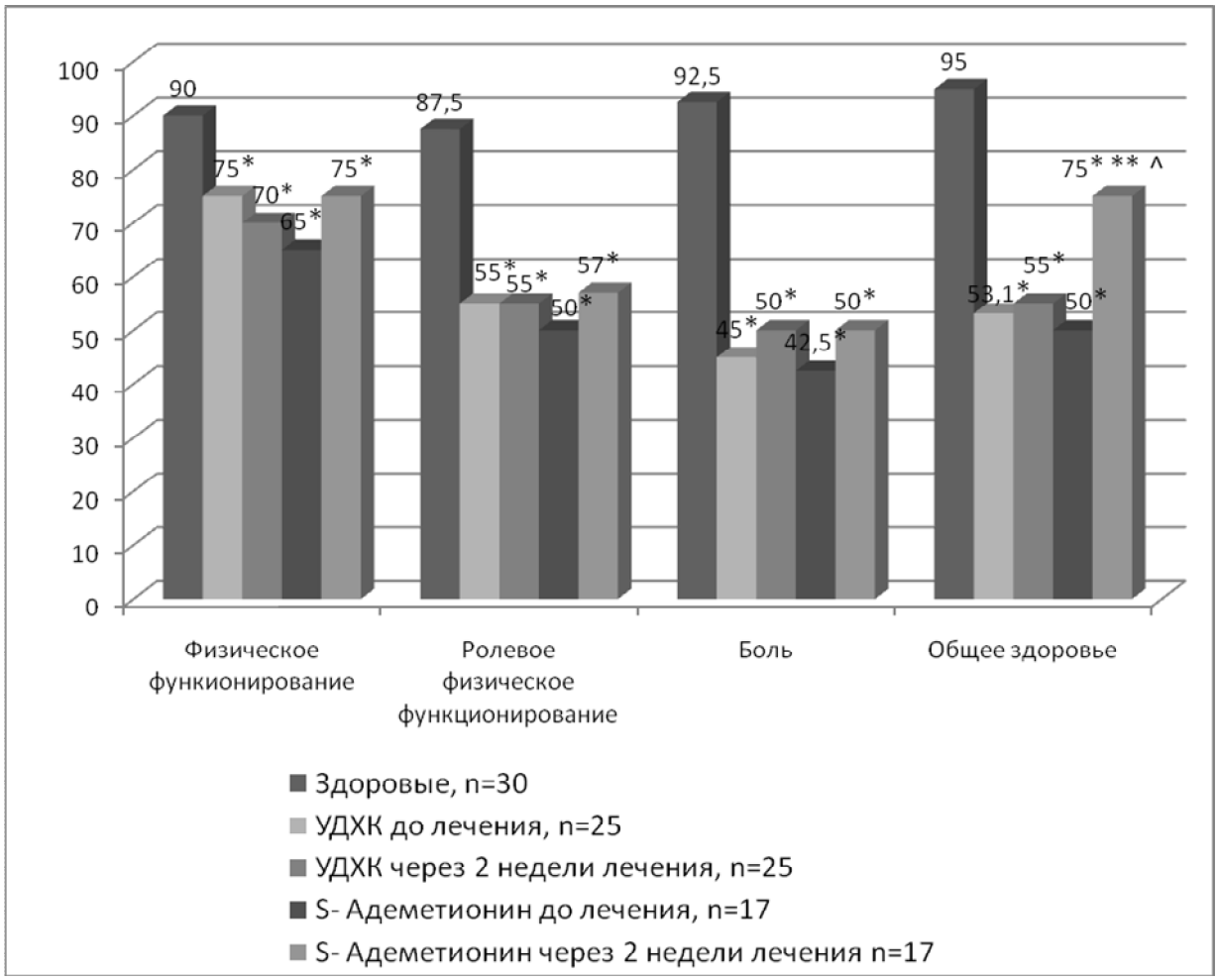

Рис.1. Параметры физического здоровья больных циррозом печени до и после 14 дней лечения гепатопротекторами и здоровых людей

Примечание: звездочкой (*) отмечены достоверные ($p<0,05$) отличия от параметров КЖ у здоровых добровольцев, (**) отмечены достоверные ($p<0,05$) отличия от параметров КЖ до лечения S-адеметионином, (^)-достоверные отличия от параметров КЖ через 2 недели после лечения УДХК.

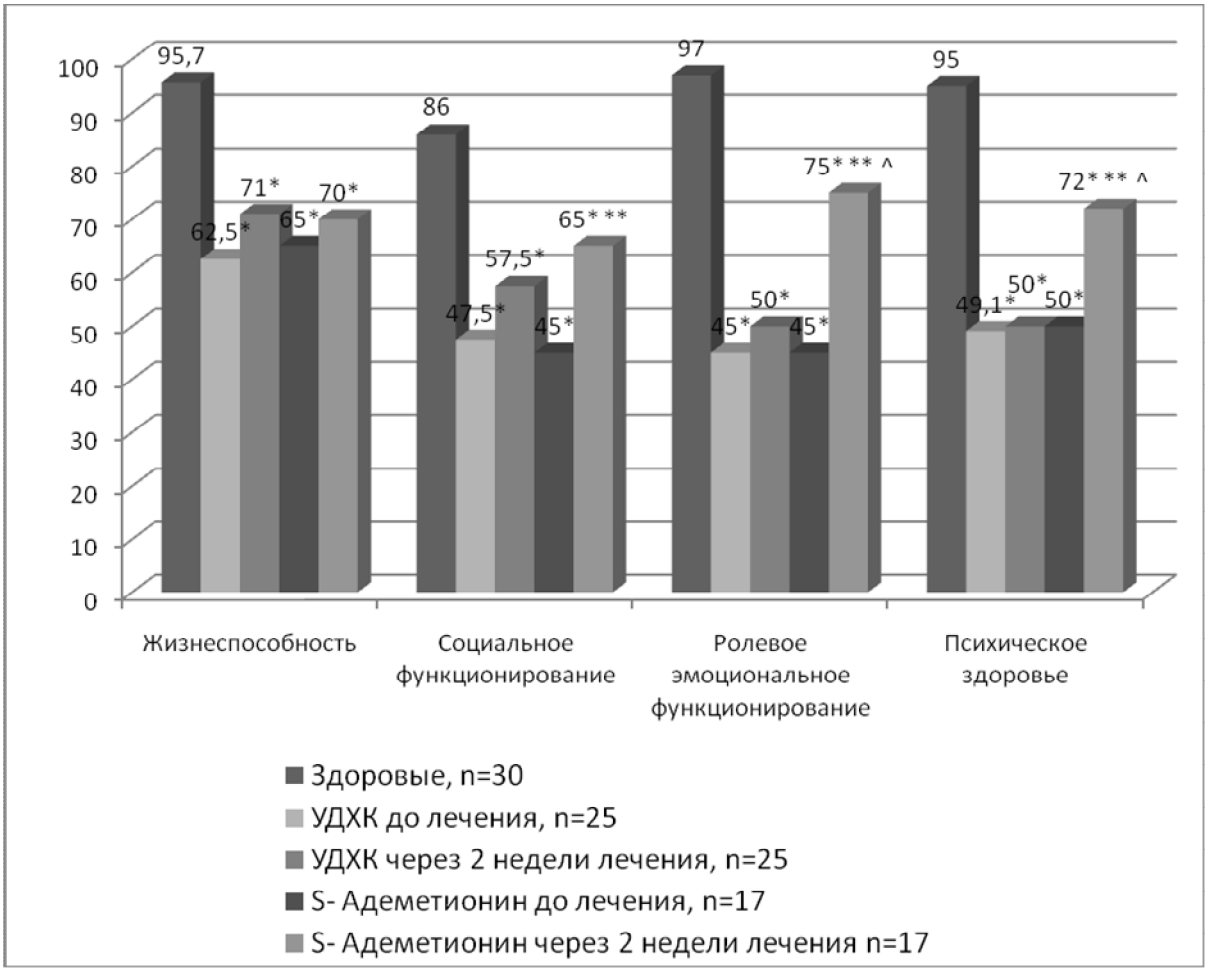

Рис.2. Параметры психического здоровья больных циррозом печени до и после 14 дней лечения гепатопротекторами и здоровых людей

Примечание: звездочкой (*) отмечены достоверные ($p<0,05$) отличия от параметров КЖ у здоровых добровольцев, (**) отмечены достоверные ($p<0,05$) отличия от параметров КЖ до лечения S-адеметионином, (^)-достоверные отличия от параметров КЖ через 2 недели после лечения УДХК.

Из рисунков 1 и 2 видно, что у больных с ЦП параметры КЖ были снижены, по сравнению со здоровыми добровольцами, по всем шкалам ($p<0,05$). Значимых отличий между пациентами до лечения УДХК и S-адеметионином по оцениваемым шкалам не было. После курса терапии S-адеметионином КЖ больных по шкале «общее здоровье» увеличилось на 33,3%, на 31% по шкале «социальное функционирование», на 40% по

шкале «ролевое эмоциональное функционирование» и на 31% по шкале «психическое здоровье». Достоверность отличий между группами пациентов, принимающих УДХК и S-адеметионин была выявлена по шкалам: «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье», ($p<0,05$). У пациентов, принимающих УДХК в течение указанного срока, достоверного повышения КЖ выявлено не было. Эффективность S-адеметионина объяснялась не только гепатопротекторным действием, но и антидепрессивным, что сказывалось на психоэмоциональном состоянии больных ЦП и улучшении субъективных показателей КЖ.

Таблица 2 - Сравнительный анализ медицинских услуг на этапе предоперационной подготовки больных циррозом печени в дневном стационаре

Вид услуг	Кол-во больных, получивших услугу, чел.(%)	Кратность применения (min-max) услуги у 1-го пациента	Стоимость, рубли
1	2	3	4
Услуги приемного отделения	28 (100%)	1	2 800
Койко-дни дневного стационара	28 (100%)	10-14	1 264 200
Консультация зав. отделением	28(100%)	1-2	10 640
Консультация профессора	28(100%)	2	20 555
Консультация хирурга	28(100%)	1-2	9 610
Консультация кардиолога	28 (100%)	2-3	4 641
Консультация невролога	28 (100%)	2-3	6 888
Консультация эндокринолога	6 (21,4%)	1-4	1 152
ОАК	28 (100%)	2-3	11 592
Гематокрит	28 (100%)	2-3	840
Глюкоза	28 (100%)	2-6	840
Общий билирубин и фракции	28 (100%)	3-4	2 016
АСТ	28 (100%)	3-4	2 016
АЛТ	28 (100%)	3-4	2 016
Щелочная фосфатаза	28 (100%)	2-3	1 456
Амилаза крови	28 (100%)	1-3	949
Общий белок	28 (100%)	2	728

Альбумины, глобулины, А/Г	28 (100%)	2-3	1 134
Мочевина	28 (100%)	1-2	784
Креатинин	28 (100%)	1-2	980
Электролиты крови	28 (100%)	2	2240
Электрокоагулограмма	28 (100%)	1-2	1475
Биохимическая коагулограмма (АЧТВ, ПТИ, фибриноген, РФМК*)	28 (100%)	1-2	16 408
Амилаза мочи	28 (100%)	1-2	187
ОАМ	28 (100%)	1-2	672
Моча по Нечипоренко	5 (17,6%)	1	360
Кровь на МОР	28 (100%)	1	952
Кровь на ВИЧ	28 (100%)	1	5 460
Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, anti-HCV)	28 (100%)	1	7 420
Онкомаркеры (АФП)	28 (100%)	1	7 868
Копрограмма	28 (100%)	1	2 744
УЗИ ЖКТ	28 (100%)	1-2	20 104
ЭФГДС	28 (100%)	1	8 372
Исследование на НР	28 (100%)	1	6 636
Рентген-пассаж водорастворимого контраста по ЖКТ	28 (100%)	1	8 964
ЭКГ	28 (100%)	1-2	5 712
Рентгенография легких	28(100%)	1	2 716
Средние затраты, рубли на 1 пациента без учета гепатопротекторов	45 150		
S-адеметионин	17 (40,5%)	400-800мг/сут	107 780
УДХК	25 (59,5%)	750-1000мг/сут	21 450
Всего, рубли на 1 пациента при лечении S-адеметионином	51 490		
Всего, рубли на 1 пациента при лечении УДХК	46 008		

Далее рассчитывали показатели QALY, которые дают возможность получить интегральную оценку проводимого лечения в указанные сроки.

$$CUA = \frac{DC + IC}{Ut},$$

где,

CUA – соотношение «затраты – полезность (утилитарность) следует понимать как стоимость единицы полезности;

DC – прямые расходы;

IC – непрямые расходы;

Ut – полезность (утилитарность) – QALY.

Клинико-экономический анализ проводили в 2 этапа – 1-й этап - анализ клинико-экономической эффективности лечения в дневном стационаре УДХК и S-адеметионином, 2-й этап – анализ клинико-экономической эффективности амбулаторного медикаментозного лечения этими же препаратами. Показатели стоимости представлены в ценах на июнь - июль 2007г.

Стоимость лечения УДХК и S-адеметионином рассматривалась на период июнь - июль 2007г (средняя цена УДХК 250 мг, упаковка 50 штук, 766 руб. и S-адеметионин 400мг, упаковка 5 штук, в ампулах 1450 руб., в таблетках 20 штук 1350руб.). Эффективность лечения оценивалась по результатам ОАК, динамике показателей билирубина и трансаминаз, компенсации класса цирроза печени по проявлениям портальной гипертензии, параметрам КЖ. Целевые значения предоперационной подготовки быстрее достигались при терапии S-адеметионином, по сравнению с курсом УДХК. Пациенты, с субкомпенсированным ЦП, переводились под наблюдение в амбулаторно- поликлинические условия. Больных с компенсированным ЦП оперировали в хирургическом отделении.

Для оценки клинико-экономической эффективности предоперационной подготовки мы проводили расчет следующих показателей):

- стоимость каждого посещения врача в оговоренный период;
- стоимость лабораторно - инструментальных исследований;

- стоимость медикаментов (в том числе, приобретаемых пациентом самостоятельно);
- затраты работодателя на оплату больничных листов.

Таблица 3 - Структура затрат на предоперационную подготовку больных циррозом печени в условиях поликлиники

Структура затрат, Руб.	2 нед. наблюдения в поликлинике, n=25	
	n (кратность применения)	стоимость, руб.
Стоимость ЭФГДС	25	7 500
Стоимость УЗИ	50	35 900
Оплата по больничным листам	10	51 930
Стоимость гепатопротекторной терапии УДХК	25	21 450
Стоимость поддерживающей антисекреторной терапии	50	15 000
Стоимость бета- блокаторов и мочегонных препаратов	50	25 000
Стоимость курсового приема лактулозы 200мл	25	9 875
Стоимость посещений врача и проведения лабораторных исследований	50	81 100
Итого		247 755
Затраты в среднем на 1 чел.		9 910,2

Из таблицы 3 видно, что затраты при неосложненном течении ЦП (отсутствии кровотечений из ВРВП и декомпенсации класса ЦП) и постоянном приеме гепатопротекторов (УДХК), ежедневном применении лактулозы и антисекреторных препаратов в поддерживающей дозе составляют около 10 тысяч рублей за 2 недели, а с учетом некомплаентности пациентов, 64,2% требовалась стационарная коррекция ЦП и его осложнений с дополнительными материальными затратами.

Далее мы провели сравнительный анализ медико-экономической эффективности консервативного ведения больного ЦП в условиях дневного стационара и в амбулаторных условия в предоперационном периоде, основанный на сопоставлении приращения эффективности затрат к приращению качества жизни в указанные сроки лечения.

{Расходы на лечение(А)–Расходы на лечение (В)}	Или	ΔРасходы
{Эффект лечения(А) – Эффект лечения(В)}		ΔЭффект

Рис. 3. Дизайн расчетов

За интегральный показатель КЖ был принят ИКЖ, полученный при тестировании пациентов с помощью опросника SF-36. Дизайн расчетов приведен ниже.

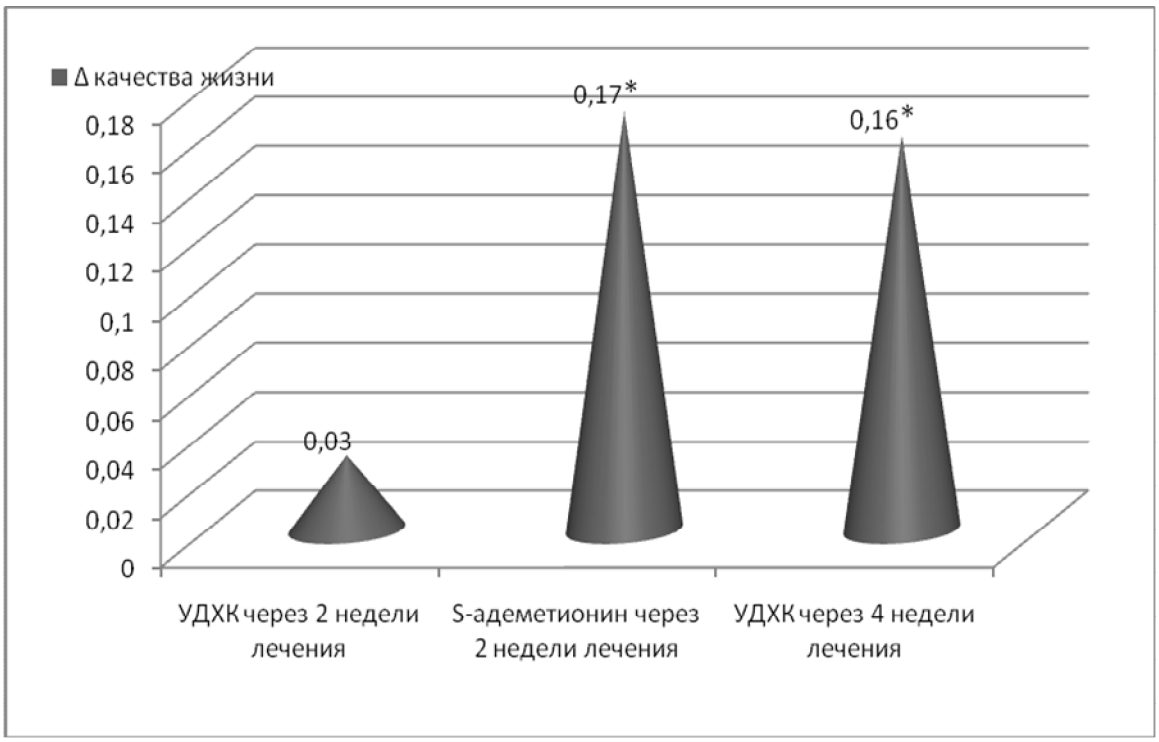

Рис.4. Параметры прироста качества жизни больных циррозом печени после двух и четырех недель лечения гепатопротекторами.

Примечание: звездочкой (*) отмечены достоверные ($p<0,05$) отличия от показателей ИКЖ через 2 недели лечения УДХК.

Из рисунка 4 видно, что индекс качества жизни (ИКЖ) после лечения в течение 2-х недель S-адеметионином выше, чем после лечения УДХК в эти же сроки ($p<0,05$), но к 4 –ой неделе лечения эти показатели выравниваются и достоверных различий между ними не выявляется. Материал, представленный в таблице 4, свидетельствует, что предоперационная подготовка S-адеметионином в течение 2 -х недель

сопровождается повышением параметров КЖ (0,17 QALY), а стоимость лечения составляет 70 534 рублей; подготовка УДХК при практически неизменном уровне КЖ (0,03 QALY) составляет 74 206 рублей.

Таблица 4 -Медико-экономическая эффективность предоперационной подготовки гепатопротекторами

Параметры	S-адеметионин за 2 недели приема в дневном стационаре	УДХК за 2 недели приема в дневном стационаре	УДХК через 4 недели приема в условиях поликлиники
Удельные прямые затраты, (руб.) в расчете на 1 пациента	51 490	46 008	9 910,2
Качество жизни (QALY):			
- до лечения	0,56	0,59	0,59
- после лечения	0,73*	0,62	0,75**
- приращение	0,17ˆ	0,03	0,16ˆ
Показатель Затраты/полезность	70 534	74 206	13 214
Итого	-	87 420	

Примечание: звездочкой (*) отмечены достоверные (p<0,05) отличия от показателей качества жизни до лечения S-адеметионином, (**) – достоверные отличия (p<0,05) от показателей качества жизни до лечения УДХК, (ˆ) – достоверные отличия приращения качества жизни от значения через 2 недели лечения УДХК.

При применении УДХК в течение 1 месяца параметры КЖ растут (на 0,16 QALY), однако стоимость предоперационной подготовки повышается до 87 420 рублей, а так же увеличиваются сроки подготовки и увеличивается риск развития осложнений ЦП. Таким образом, целевые значения в ходе предоперационной подготовки S-адеметионином достигаются к 14-ому дню и сопровождаются повышением показателей КЖ и составляют 70 534 рублей, а те же значения с улучшением КЖ после

прием УДХК к концу 1 месяца, и соответственно повышается стоимость лечения до 87 420 рублей.

Заключение. В статье были рассмотрены две группы больных ЦП, оперированных и не оперированных по оригинальным технологиям. Всех больных готовили к операции в условиях дневного стационара и амбулаторного звена поликлиники. При сравнительном анализе подготовки к хирургическому лечению двумя гепатопротекторами (S-адеметионином и УДХК), эффективно снижающими показатели активности процесса в печени (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин и его фракции), было выявлено, что для уменьшения сроков подготовки пациентов к операции в условиях высокого риска развития кровотечений из ВРВП, целесообразнее использовать S-адеметионин. Кроме того, введение его парентеральным путем для достижения более быстрого эффекта позволяет сократить сроки (до 2-х недель) и уменьшить материальные затраты подготовки больных к операции. Эффективность приема УДХК достигается к концу 1 месяца лечения, что требует дополнительных финансовых расходов на медикаменты и постоянное наблюдение в медицинском учреждении, поскольку более 50% пациентов ЦП оказываются некомплаентными. Соответственно затягиваются сроки подготовки к операции, увеличивается риск развития кровотечения из ВРВП.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б. и др.* Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). – М.: «Ньюдиамед», 2000. – 80 с.
2. *Захарьева С.В., Ерениев С.И., Демченко В.Г.* Оценка здоровья как показателя качества жизни: Материалы IV Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье», Москва, 25-27 октября 2005 г. – М., Издательство «Дельта», 2005. – С. 13-17.
3. Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization. Handbook of basic documents. 5th ed. Geneva: Palais des Nations, 1952. – P. 3-20.
4. *Ganiats T.G.,* Scneiderman Principles of cost-effectiveness research// J. Farm. Pract. – 1998. – Vol. 27.-N1. – P. 77-84.
5. *Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П.* Концепция исследования качества жизни в медицине. Санкт-Петербург: «ЭЛБИ», 1999. – 140 с.
6. *Петров С.В., Мавиди И.П., Мавиди М.В., Хохлова И.М.* Качество жизни у больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки//Материалы 6-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро-2004». - Санкт-Петербург, 2004. – С. 82.
7. *Крылов Н.Н.* Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после селективной проксимальной ваготомии// Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – N 1. – С. 40.
8. *Лобанков В.М.* Медико-социальные аспекты хирургического лечения больных язвенной болезнью в Беларуси (клинико-эпидемиологическое исследование). Автореферат дис. докт. мед. наук.-М, 2007. –46 с.
9. *Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А.* Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения // Хирургия - 2000.- №1.- С. 64-67.
10. *Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2002.-N 5.- С. 7-10.
11. *Крылов Н.Н., Кузин М.И К* Методике оценки результатов операций на желудке // Хирургия.- 2000.-N 2.- С. 17-20.
12. *Чернова Т.В., Блохин А.Б., Ползик Е.В.* Эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений: Теория, методология, анализ. – Екатеринбург: Издательство АМБ, 2004. – 209 с.