

УДК 616.33–002.44–089.163

**КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ
ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ
С ТРУДНОРУБЦУЮЩИМИСЯ ЯЗВАМИ
ЖЕЛУДКА**

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Серикова Светлана Николаевна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

В статье проведён анализ клинико-экономической
эффективности медикаментозного
предоперационного лечения 104 больных с
труднорубцующимися язвами желудка по
критерию «затраты – полезность», основанный на
сопоставлении приращения эффективности затрат
к приращению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: ЯЗВА ЖЕЛУДКА,
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ

UDC 616.33–002.44–089.163

**CLINIC-ECONOMIC EFFICACY OF
PRE-OPERATIONAL PREPARATION
OF PATIENTS WITH HARD-SCARRING
GASTRIC ULCERS**

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor

*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»,
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Serikova Svetlana Nikolaevna – Ph.D. (Med.)
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

The analysis of clinic-economic efficacy of drug pre-
operational preparation in the treatment of 104
patients with hard-scarring gastric ulcers was
performed. The analytical criterion «costs – benefits»
was based on comparison of costs efficacy increment
to patient life quality increasing.

Key words: GASTRIC ULCER, ECONOMIC
EFFICACY

Введение

Клинико-экономические исследования позволяют выявить и количественно оценить различия между технологиями диагностики и лечения, оценить эффективность той или иной технологии в определенных клинических группах, ранжировать их по стоимости и ожидаемым клиническим результатам [1, 18, 20]. При анализе эффективности проведенного медикаментозного и оперативного лечения в хирургии широко применяются анализ критериев «стоимость болезни», «затраты – полезность», «затраты – эффективность» [2, 21]. 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 [7].

Наиболее сложные в лечебном отношении труднорубцующиеся язвы желудка (ТЯЖ) [3, 8]. Для них характерно частое развитие осложнений: кровотечения, пенетрации, перфорации, малигнизация [4, 12, 13, 14]. С одной стороны, больные с ТЯЖ, оперированные по поводу осложнений, в 60 % случаев имеют показания к плановому хирургическому лечению задолго до их возникновения в связи с малой эффективностью медикаментозной терапии [10, 17]. С другой стороны, качественная комплексная предоперационная подготовка необходима, так как способствует благоприятному течению ТЯЖ не только в послеоперационном периоде, но и в обозримом будущем жизни больного [3].

До настоящего времени не решён вопрос об оптимальных сроках медикаментозного лечения ТЯЖ и своевременного перехода от консервативной терапии к оперативному лечению. Проведение клинико-экономического анализа по критерию «затраты – полезность»

предоперационной подготовки пациентов с ТЯЖ позволил нам обосновать эффективную тактику ведения этих больных.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке клинико-экономической эффективности (КЭЭ) длительности медикаментозной предоперационной подготовки пациентов с ТЯЖ.

Материал и методы исследования

В исследование включены 104 пациента с ТЯЖ, поступившие для обследования и лечения в Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) в период с 2002 по 2007 г. К труднорубцующимся относили желудочные язвы, которые не зарубцевались на фоне медикаментозного лечения более 8 недель при исключении их симптоматического характера. Доброкачественность ТЯЖ была неоднократно подтверждена морфологическими исследованиями гастробиоптатов (не менее 6–8) из краев и дна язв.

Для проведения анализа КЭЭ по критерию «затраты – полезность» пациенты с ТЯЖ были разделены по длительности медикаментозного лечения активной язвы до операции на две группы. Группа 1 (61 пациент) с длительностью консервативного лечения до операции от 5 до 12 недель (Me = 8; 25 % – 75 % = (6; 11)) и группа 2 (43 пациента) – консервативное лечение до операции от 13 до 20 недель (Me = 16; 25 % – 75 % = (15; 18)).

Тариф лечения ТЯЖ (т.е. стоимость лечения одного случая ТЯЖ) рассчитывали по формуле [5]:

$$\text{Тариф} = \frac{\text{COI}_1 + \text{COI}_2 + \text{COI}_3 + \dots + \text{COI}_n}{n},$$

где COI₁, 2, 3...n – показатель стоимости ТЯЖ у 1-го, 2-го, 3-го, n-го; n – число пациентов, принятых в расчет.

Расчёт полной стоимости консервативного лечения ТЯЖ по группам проводили, суммируя экономические затраты на двух этапах: 1 – амбулаторный по месту жительства, 2 – стационарный в специализированном гастроэнтерологическом хирургическом отделении Российского центра функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ). При этом формула приобретала следующий вид:

$$COI = (DC1 + IC1) + (DC2 + IC2),$$

где COI – показатель стоимости ТЯЖ; DC – прямые затраты; IC – непрямые затраты; индексы 1, 2 – этапы диагностики и лечения.

Расценки на диагностические процедуры, используемые в расчётах, определяли по прейскурантам. Расчёт стоимости лекарственных препаратов производили по средним ценам на медикаменты в Краснодарском крае на июль 2007 года. Прямые затраты на оказание амбулаторной и стационарной помощи больным ТЯЖ складываются из средств бюджета / ОМС и личных расходов больных на лечение.

При проведении анализа по критерию «затраты – полезность» учитывали не достижение клинических эффектов лечения, а мнение самих пациентов о достигнутом результате, которое оценивали с использованием параметров качества жизни (КЖ) по опроснику MOS-SF-36. Индекс QALY дает возможность получить интегральную оценку проводимого лечения.

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

где: CUA – соотношение «затраты – полезность»; DC – прямые расходы; IC – непрямые расходы; U_t – полезность – QALY.

Далее проводили сравнительный анализ КЭЭ консервативного ведения больного с ТЯЖ в амбулаторных и стационарных условиях в предоперационном периоде, основанный на сопоставлении приращения эффективности затрат к приращению КЖ в указанные сроки лечения. За интегральный показатель КЖ был принят индекс качества жизни (ИКЖ),

полученный при тестировании пациентов с помощью опросника SF-36. Дизайн расчётов представлен в виде следующей схемы.

Дизайн расчётов

| | | |
|---|-----|-------------------------|
| $\{ \text{Расходы на лечение (A)} - \text{Расходы на лечение (B)} \}$ | Или | $\Delta \text{Расходы}$ |
| $\{ \text{Эффект лечения (A)} - \text{Эффект лечения (B)} \}$ | | $\Delta \text{Эффект}$ |

В исследование включена контрольная группа для определения популяционной нормы параметров КЖ, состоящая из 20 человек, обследованная в РЦФХГ и признанная, по результатам лабораторных и инструментальных методов исследований, здоровыми.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Полученные результаты считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты

По данным литературы, многократное неэффективное консервативное лечение ТЯЖ приводит к позднему обращению в хирургическую клинику 8–20 % пациентов уже с осложнениями [6, 11, 16]. Современные критерии оценки эффективности терапии учитывают не только непосредственный эффект лечения, но и частоту возникающих осложнений и КЖ больных. Все пациенты с ТЯЖ, включённые нами в исследование, в последующем были прооперированны с использованием органосохраняющей технологии – гастропластика.

В таблице 1 представлены показания к оперативному лечению больных с ТЯЖ по группам, в зависимости от длительности консервативного лечения до операции.

Согласно данным, приведенным в таблице 1, дисплазия высокой степени, пенетрация желудочных язв и сочетанные показания к оперативному лечению встречались одинаково часто в обеих группах больных с ТЯЖ. Частота кровотечений из ТЯЖ, остановленных консервативно и/или эндоскопически до операции, диагностирована значимо чаще у 16 (37,2 %) пациентов 2-й группы, по сравнению с 9 (14,8 %) больными 1-й группы.

Таблица 1 – Показания к оперативному лечению пациентов с труднорубцующимися язвами желудка в зависимости от длительности медикаментозного лечения

| Показания | 1-я группа <i>n</i> = 61, чел. (%) | 2-я группа <i>n</i> = 43, чел. (%) |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Дисплазия высокой степени | 22 (36,1) | 10 (23,3) |
| Пенетрация | 29 (47,5) | 16 (37,2) |
| Кровотечение в анамнезе | 9 (14,8) | 16 (37,2)* |
| Сочетанные осложнения | 17 (27,7) | 14 (32,5) |

Примечание: *– $p < 0,05$, по сравнению с 1-й группой больных.

В настоящее время при выборе индивидуализированной тактики ведения пациентов рекомендуется исследование их КЖ [15, 19], являющегося интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального, социального функционирования больного и информативным методом оценки эффективности консервативного лечения и мониторинга динамики заболевания.

Мы оценивали параметры КЖ больных с ТЯЖ по группам до, после консервативного лечения и по сравнению с группой контроля (рис. 1).

Согласно данным рисунка 1, у больных с ТЯЖ параметры КЖ были снижены, по сравнению с группой контроля, по всем шкалам ($p < 0,05$). Значимых отличий между пациентами по оцениваемым шкалам до лечения соответственно выделенным группам не было. После курса

медикаментозной терапии уровень КЖ больных 1-й группы по шкале «боль» достоверно увеличился, по сравнению с КЖ до лечения.

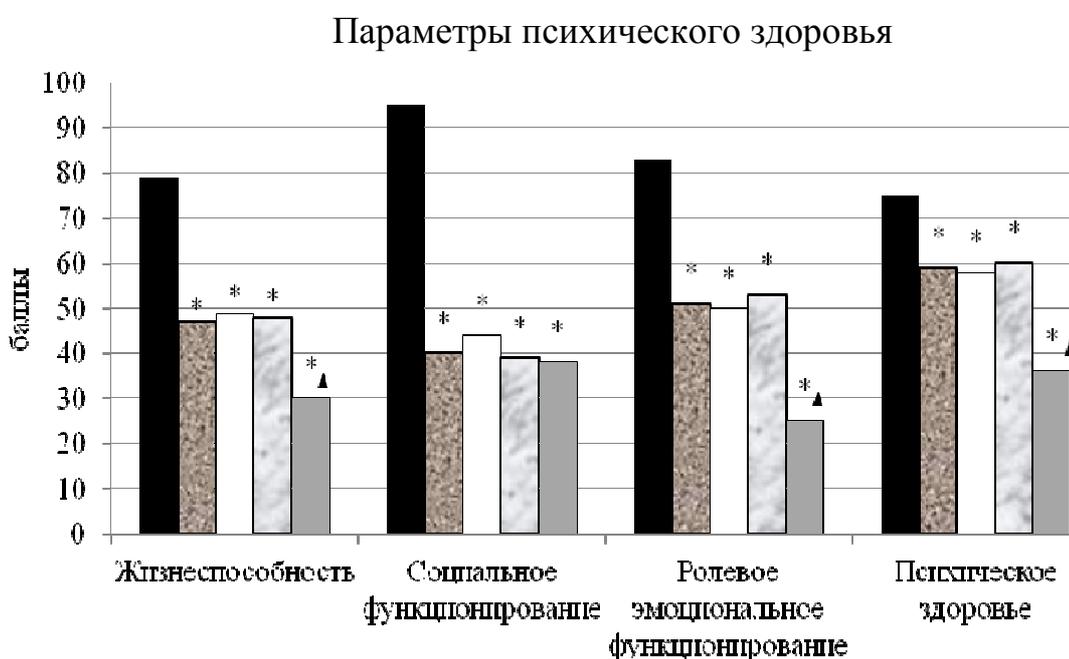
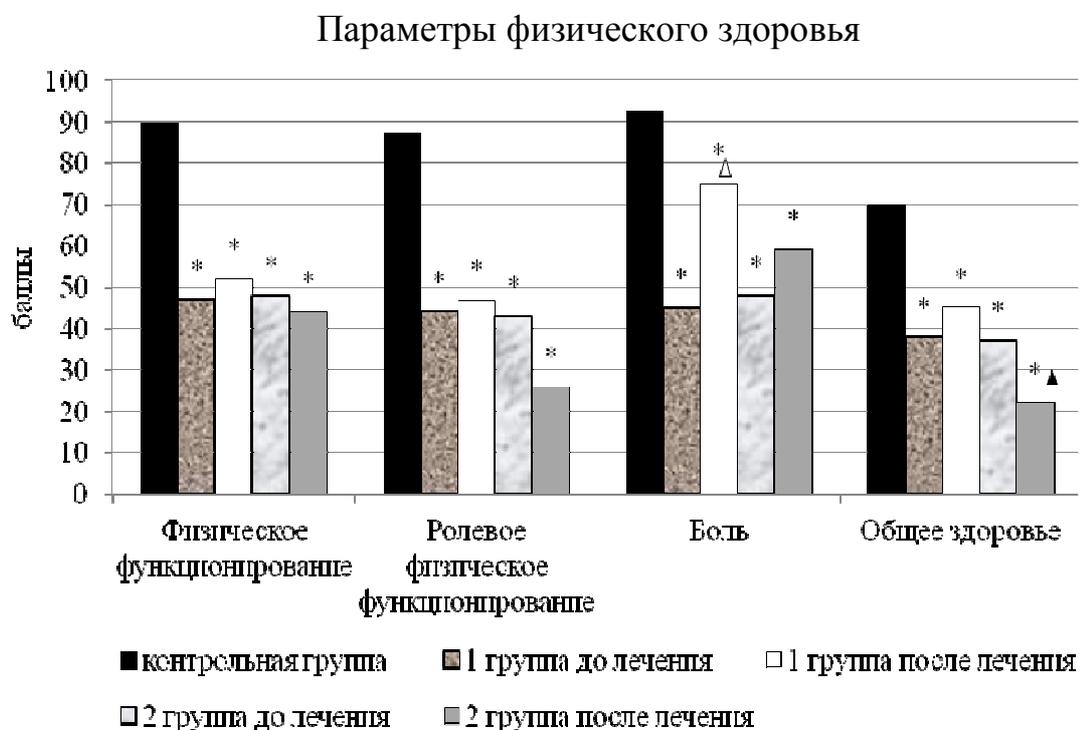


Рисунок 1. Параметры КЖ больных с ТЯЖ по группам до и после консервативного лечения и по сравнению с группой контроля

Примечание: * – отмечены отличия от параметров КЖ контрольной группы ($p < 0,05$), Δ – отмечены отличия параметров КЖ в 1-й группе после лечения от параметров КЖ до лечения ($p < 0,05$); ▲ – отмечены отличия параметров КЖ после лечения во 2-й группе от параметров КЖ в 1-й группе ($p < 0,05$).

По другим шкалам значимых отличий не было. У пациентов 2-й группы после лечения достоверного повышения КЖ выявлено не было. Параметры КЖ больных 2-й группы после консервативного лечения были более низкими, чем у пациентов 1-й группы по шкалам «жизнеспособность», «ролевое эмоциональное функционирование», «психическое здоровье», «общее здоровье». Мы связываем это с длительными сроками неэффективной терапии и развивающимися, несмотря на лечение, осложнениями.

Из данных рисунка 2 видно, что ИКЖ после лечения в течение 8 недель у пациентов 1-й группы выше, чем у пациентов 2-й группы ($p < 0,05$), получавшей консервативное лечение в течение 16 недель.

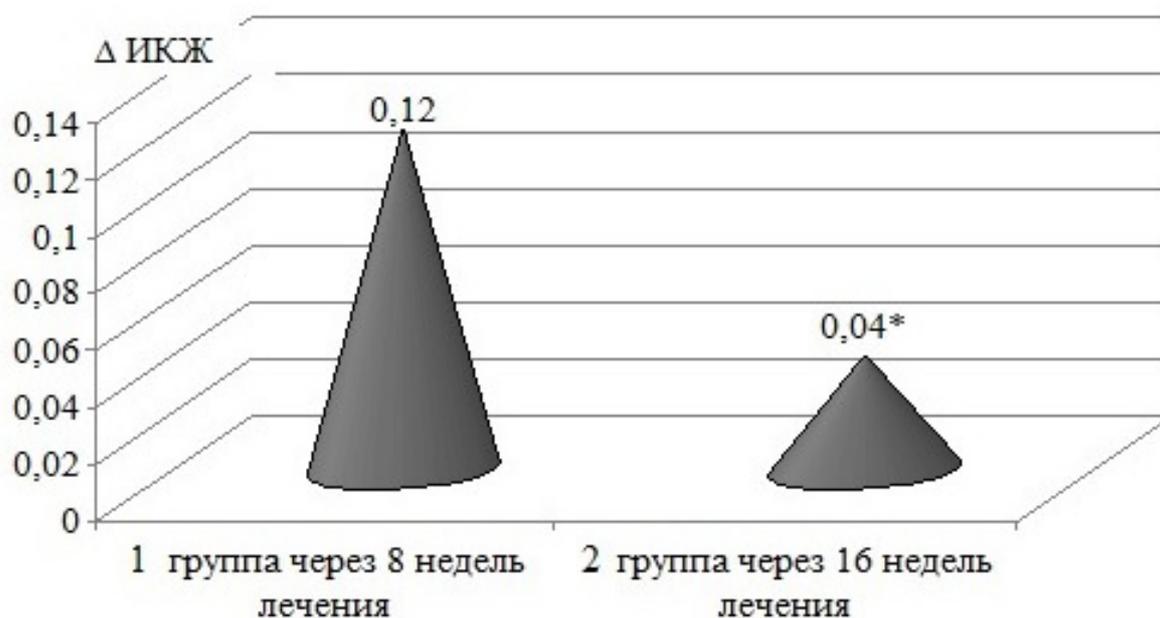


Рисунок 2. Прирост индекса качества жизни у больных с труднорубцующимися язвами желудка

Примечание: ИКЖ – индекс качества жизни; (*) отмечены достоверные отличия от ИКЖ у пациентов 1-й группы ($p < 0,05$).

Прямые расходы на консервативное лечение больного с ТЯЖ до операции по группам можно представить следующим образом (табл. 2).

Таблица 2 – Прямые расходы на оказание медицинской помощи больному с труднорубцующимися язвами желудка по группам

| Прямые расходы | 1-я группа, рубли | 2-я группа, рубли |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Амбулаторное лечение | 5309,6 | 10619,2 |
| Стационарное лечение | 39201 | 41500 |
| Итого | 44510,6 | 52119,2 |

Далее мы провели клинико-экономический анализ по критерию «затраты – полезность» консервативного лечения больных с ТЯЖ по группам (табл. 3).

Таблица 3 – Клинико-экономическая эффективность (КЭЭ) консервативного лечения больных с труднорубцующимися язвами желудка по группам

| Параметры | 1-я группа | 2-я группа |
|---|-------------------|------------|
| Удельные прямые затраты, (руб.) в расчете на 1 пациента | 44509,6 | 52119,2 |
| Качество жизни (QALY): | | |
| - до лечения | 0,56 | 0,55 |
| - после лечения | 0,68 [°] | 0,59 |
| - приращение | 0,12 | 0,04* |
| Показатель затраты – полезность | 69546,3 | 88337,66 |

Примечание: * – отличия от показателей 1-й группы, ° – отличие от показателей до лечения ($p < 0,05$).

Материал, представленный в таблице 3, свидетельствует о том, что длительная консервативная терапия ТЯЖ у больных 2-й группы является экономически неэффективной (на 27 % выше затраты на лечение).

Проведённый нами анализ КЭЭ медикаментозного лечения у пациентов с ТЯЖ показал, что увеличение сроков консервативного лечения более 8 недель (2-я группа) является клинически нецелесообразным (увеличение частоты эпизодов желудочного кровотечения; отсутствие значимого приращения КЖ после лечения) и экономически неэффективным (на 27 % выше затраты на лечение).

Использование стандартизованных критериев оценки эффективности лечения позволяет наиболее адекватно сопоставлять результаты различных лечебных программ и выбирать наиболее эффективные и безопасные из них [9].

Вывод

Таким образом, анализ КЭЭ по критерию «затраты – полезность» предоперационного медикаментозного лечения ТЯЖ обосновывает клиническую и экономическую целесообразность своевременного проведения органосохраняющего хирургического лечения у пациентов с ТЯЖ в сроки не более 8 недель после начала курса адекватной медикаментозной терапии.

Список литературы

1. *Авксентьева, М.В.* Клинико-экономический анализ / М.В. Авксентьева, П.А. Воробьев, М.В. Сура, А.С. Юрьев. – М.: Ньюдиамед, 2004. – 404 с.
2. *Арустамян, Г.Н.* Клинико-экономический анализ и его роль в управлении качеством медицинской помощи / Г.Н. Арустамян // Государственное управление. Электронный вестник. – 2011. – № 29. – С. 1–13.
3. *Барановский, А.Ю.* Неблагоприятные варианты течения язвенной болезни: учебно-методическое пособие / А.Ю. Барановский, Л.И. Назаренко. – СПб.: Диалект, 2006. – С. 22–68.
4. *Власов, А.П.* Резекционная хирургия желудка / А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев, Ю.П. Степанов. – Нижний Новгород: НГМА, 2005. – 357 с.
5. *Воробьев, П.А.* Клинико-экономический анализ / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, О.В. Борисенко [и др.]. – М.: Ньюдиамед, 2008. – 778 с.
6. *Гостищев, В.К.* Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 46.
7. *Захарьева, С.В.* Оценка здоровья как показателя качества жизни / С.В. Захарьева, С.И. Ерениев, В.Г. Демченко // Материалы IV Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». – М.: Дельта, 2005. – С. 13–17.
8. *Комаров, Б.Д.* Хирургическое лечение длительно нерубцующихся язв желудка / Б.Д. Комаров, И.А. Чекмазов, С.Г. Гришин, А.Н. Суворов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 3. – С. 72–74.
9. *Комаров, Ю.М.* Медицинское страхование или налоги: опыт зарубежного здравоохранения / Ю.М. Комаров // Управление здравоохранением. – 2006. – № 3 (19). – С. 7–33.
10. *Крылов, Н.Н.* Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни / Н.Н. Крылов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 1. – С. 25–30.
11. *Лобанков, В.М.* Язвенная болезнь. Терапевты и хирурги – конкуренты или партнеры / В.М. Лобанков, Э.Н. Платошкин // Хирургия-2000: Сборник тезисов. – М.: Мораг-Экспо, 2000. – С. 193–195.
12. *Логунов, К.В.* Ранние формы рака и малигнизация язвенных поражений слизистой оболочки желудка / К.В. Логунов, Е.А. Пахомов // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2010. – Т. 5, № 2. – С. 29–32.
13. *Маев, И.В.* Факторы риска развития и лечение труднорубцующихся язв желудка и 12-перстной кишки / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Д.Т. Дичева, Т.А. Бурагина // Фарматека. – 2010. – № 15. – С. 39–43.
14. *Пасечников, В.Д.* Эрадикация *Helicobacter pylori* как мера профилактики развития предраковых изменений слизистой оболочки желудка / В.Д. Пасечников, С.З. Чуков, О.А. Бакланова // Consilium medicum. – 2010. – Т. 4, № 14. – С. 4–10.
15. *Пиманов, С.И.* Лечение гастродуоденальных язв с позиции терапевта / С.И. Пиманов, Е.В. Макаренко // Новости хирургия. – 2009. – Т. 17, № 1. – С. 92–100.
16. *Саблин, О.А.* Проблема резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину 2009 / О.А. Саблин, Т.А. Ильчишина // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2009. – № 2. – С. 4–7.
17. *Сацукевич, В.Н.* Острые желудочно-кишечные кровотечения из хронических гастродуоденальных язв / В.Н. Сацукевич, Д.В. Сацукевич // Кремлевская медицина. – 2000. – № 2. – С. 49–54.

18. *Шамшурина, Н.Г.* Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении / Н.Г. Шамшурина. – М: МЦФЭР, 2005. – 320 с.
19. *Di Mario, F.* The Natural History of Gastric Ulcer: A Twenty-Four Years Clinical-Endoscopic Follow-Up / F. Di Mario, L. Guida, M. Curio // *Gastroenterology*. – 2009. – Vol. 136. – Issue 5. – P. A-550.
20. *Pignone, M.* Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force / M. Pignone, S. Saha, T. Hoerger // *Ann. Intern. Med.* – 2002. Vol. 137. – P. 96–104.
21. *Pignone, M.* Development of a web-based tool for assessment of coronary heart disease risk and impact of risk-reduction interventions for primary prevention / M. Pignone, S.L. Sheridan, Y. Lee [et al.] // *Preventive Cardiol.* – 2004. – Vol. 7, № 1. – P. 26–33.