

ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С И В В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

А. Русских, кандидат медицинских наук,
В. Фомин, доктор медицинских наук, профессор,
Л. Сырцова, доктор медицинских наук, профессор,
Л. Козловская, доктор медицинских наук, профессор,
И. Прищепов, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: avrusstk@yandex.ru

Сравниваются разные модели (городская, ведомственная, университетская) оказания медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами С и В с точки зрения их экономической эффективности, различных схем противовирусной терапии с помощью АВС-ВЕН-анализа и на основании оценки качества жизни до и после лечения.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С и В, противовирусная терапия, качество жизни, АВС-ВЕН-анализ.

Изучение подходов к улучшению медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) приобретает особую актуальность. Чтобы судить о качестве медицинской помощи (в первую очередь пациентам, страдающим социально значимыми заболеваниями, в том числе ХВГ), необходима полная и обновляемая в «режиме реального времени» информация. Важное место в решении этой проблемы приобретает оценка соответствия тактики ведения этих больных общепринятым стандартам и рациональности подходов к их лечению [1, 2].

В этом отношении лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) общего типа могут рассматриваться в качестве приоритетной модели исследования, поскольку именно в них вследствие наибольшей обращаемости больных диагноз хронического вирусного гепатита С и В (ХГС и ХГВ) нередко констатируется впервые [2]. При этом особое значение имеют расчет экономической эффективности различных схем противовирусной терапии (ПВТ) и определение оптимальных из них с учетом результативности лечения, минимизации тяжелых осложнений и улучшения качества жизни (КЖ) больных [3, 4].

Цель исследования: определить оптимальные модели оказания медицинской помощи больным ХГС и ХГВ для внедрения их в практическую деятельность ЛПУ.

Задачами исследования были:

- 1) охарактеризовать современные модели медицинской помощи больным ХГС и ХГВ в условиях ЛПУ общего профиля;
- 2) с помощью опросника SF-36 провести сравнительный анализ КЖ больных ХВГ на разных этапах наблюдения (до и после лечения) при использовании 3 изучаемых моделей оказания медицинской помощи.

Исследование проводилось в 3 ЛПУ Москвы: 1) городской поликлинике (обслуживает проживающих на прикрепленной

территории пациентов по системе обязательного медицинского страхования – ОМС); 2) ведомственной клинической больнице №1 (стационар общего профиля, включающий 2 терапевтических, 2 неврологических, кардиологическое и поликлиническое отделения; обслуживает прикрепленный спецконтингент (40%), коммерческих больных (30%), пациентов по системе добровольного медицинского страхования – ДМС (30%); 3) Клиники нефрологи внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова (многопрофильный стационар – включает общетерапевтическое, пульмонологическое, нефрологическое, гепатологическое и поликлиническое отделения; 80% больных проходят обследование и лечение по системе ОМС, 20% обследуются и лечатся на коммерческой основе).

На основании данных из истории болезни и амбулаторных карт 507 пациентов с ХВГ (323 – с ХГС и 184 – с ХГВ), наблюдавшихся в разных ЛПУ Москвы, были очерчены 3 модели ведения этих больных:

1. Городская модель – начало наблюдения в поликлинике у терапевта, при подозрении на вирусный гепатит больного обычно направляют к инфекционисту, который либо продолжает наблюдать/лечить его амбулаторно (чаще) либо дает направление в стационар по профилю (реже). Принятые стандарты диагностики и лечения соблюдаются не всегда, гастроэнтеролог поликлиники не обязательно участвует в наблюдении этих больных, поскольку они традиционно считаются «инфекционными». После направления больного в инфекционный стационар преемственность наблюдения на этом этапе часто утрачивается и дальнейшая судьба больного не прослеживается. По этой модели (1-я группа) наблюдались 143 больных (79 пациентов с ХГС и 64 – с ХГВ).

2. Ведомственная модель – начало наблюдения в ведомственной поликлинике у терапевта, где больному ставят предположительный диагноз ХВГ, затем он направляется к гастроэнтерологу поликлиники, который обычно переводит больного в стационар для уточнения стадии болезни и определения тактики лечения, при этом рекомендуемые стандарты диагностики и лечения в основном соблюдаются. Постстационарный этап лечения осуществляется в той же поликлинике, т.е. больной прослеживается на всех этапах болезни. По этой модели (2-я группа) наблюдалось 233 больных (160 пациентов с ХГС и 73 – с ХГВ).

3. Университетская модель – начальное обследование у терапевта и гастроэнтеролога в поликлинике чаще по месту жительства, а затем – в поликлиническом отделении Университетской клинической больницы (УКБ), где в большинстве случаев устанавливали диагноз ХГС или ХГВ. Дальнейшее наблюдение и лечение (с соблюдением международных стандартов) осуществляются в гастроэнтерологическом отделении университетской клиники, где уточняют стадию болезни, спектр и выраженность внепеченочных проявлений (с привлечением других специалистов, которыми располагает УКБ), проводится соответствующая каждой стадии *высокоспециализированная* помощь, которая часто (но не всегда) затем продолжается в поликлиническом отделении УКБ. То есть все этапы лечения и его результаты контролируются специалистами гастроэнтерологом-гепатологом и научными сотрудниками, работающими в данной университетской клинике. По этой модели (3-я группа) наблюдался 131 пациент (84 – с ХГС и 47 – с ХГВ).

С целью фармакоэкономической оценки терапии ХВГ в 3 изучаемых моделях (городская, ведомственная, университетская) сравнивали (см. рисунок) затраты на закупленные лекарственные средства (ЛС) согласно критериям АВС (по

объему затрат), где уровень А – наиболее затратные лекарства, на которые в сумме может уходить 80% закупочных средств, уровень В – менее затратные, на которые расходуется 15% средств, и уровень С – наименее затратные ЛС, которые составляют 5% [4]. Кроме того, в каждой группе были оценены затраты на лекарства 3 категорий важности согласно принципам VEN-анализа (по степени жизненной важности): категория V (от англ. *vital*) – жизненно важные ЛС, категория E (*essential*) – необходимые ЛС, категория N (*non-essential*) – второстепенные ЛС; было определено, какая из категорий преобладает. Распределение затрат можно считать рациональным (близким к идеальному), когда к препаратам категории *vital* относят ЛС уровня А, к препаратам категории *essential* – ЛС уровня В, а к ЛС категории *non-essential* – ЛС уровня С.

Фармакоэкономический анализ лечения больных ХГС и ХГВ при применении разных моделей оказания медицинской помощи позволили сделать ряд заключений:

- Городская модель оказалась наименее рациональной как по общему объему затрат на ЛС соответственно критериям ABC, так и по их распределению по категориям важности согласно принципу VEN-анализа. В этой модели доля затрат на препараты категории V была меньше чем в других моделях: для ХГС – 61,5%, для ХГВ – 34,2%. Вместе с тем доля затрат на ЛС категории N (второстепенные) оказалась самой большой и составила при ХГС – 27,4% и при ХГВ – 59,8% всех закупочных средств.
- Промежуточную позицию по рациональному использованию средств на лечение больных ХВГ заняла ведомственная модель; в этом случае доля затрат на препараты категории В составила 71,2% для ХГС и 80% – для ХГВ, в то время как доля затрат на ЛС категории N (второстепенные) – соответственно 25,3 и 10%.
- Лучшие показатели отмечены в 3-й группе больных (академическая модель), где доля затрат на жизненно важные препараты была самой большой (86,6% для больных ХГС и 95% – ХГВ), а на второстепенные ЛС и препараты с недоказанной эффективностью – незначительной (соответственно 5 и 0%).

Для оценки КЖ больных ХГС и ХГВ в динамике до и после лечения были изучены анкеты 166 пациентов (111 больных ХГС и 55 – ХГВ), отобранных методом случайной выборки, сопоставимых по полу и возрасту (от 28 лет до 41 года; средний возраст 34 года), в том числе 44 пациента 1-й группы

(городская модель), 72 из 2-й группы (ведомственная модель) и 50 – из 3-й (университетская модель). Контрольную группу составили 30 условно здоровых обследованных – без хронических заболеваний печени.

Показатели КЖ исследовали до начала ПВТ и после ее проведения по универсальному опроснику SF-36 [3–5], который был предложен Российским международным центром в 1999 г. как русскоязычный вариант международного опросника SF-36. Опросник предусматривает изучение наиболее значимых социально-медицинских параметров КЖ с учетом особенностей традиционного уклада жизни, культуры, уровня гражданского самосознания опрошенных, проживающих в России. Опросник предназначен для групповых сравнений и включает оценку следующих основных показателей здоровья [6]:

1. Физическое функционирование (ФФ) – объем повседневной физической нагрузки, которая не ограничена состоянием здоровья. Прямой критерий: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.

2. Рольное физическое функционирование (РФФ) – степень ограничения повседневной деятельности проблемами со здоровьем. Обратный критерий.

3. Боль (Б) – оценка объема субъективных болевых ощущений, которые испытывал респондент.

4. Общее здоровье (ОЗ) – оценка общего состояния здоровья на момент опроса. Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше, по мнению респондента, состояние его здоровья.

5. Жизнеспособность (ЖС) – оценка состояния жизненного тонуса. Прямой критерий: чем выше показатель, тем больше времени респондент ощущал себя бодрым и полным сил.

6. Социальная активность (СА) – оценка объема социальных связей. Прямой критерий: чем выше оценка, тем, по мнению респондента, выше его социальная активность.

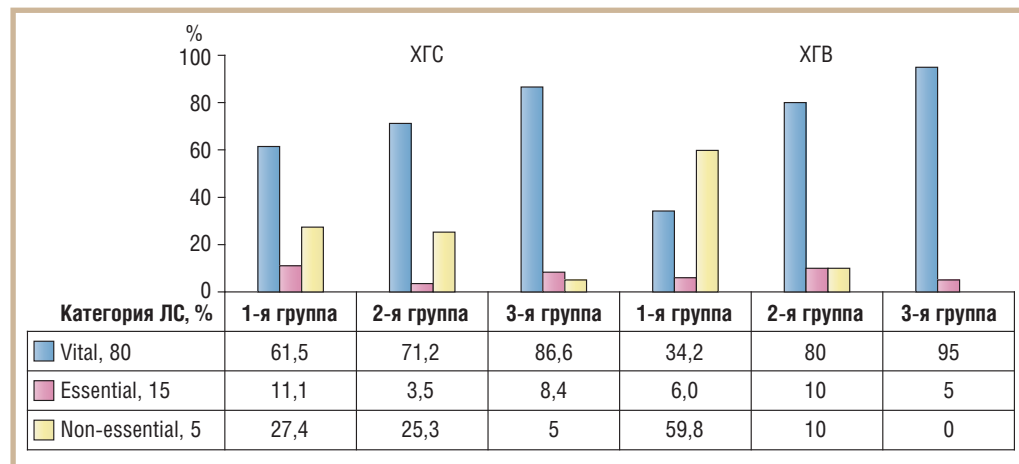
7. Рольное эмоциональное функционирование (РЭФ) – степень ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами. Обратный критерий.

8. Психическое здоровье (ПЗ) – оценка состояния ментальной сферы. Прямой критерий: чем выше показатель, тем больше времени, по мнению респондента, он чувствовал себя спокойным и умиротворенным.

Первые 4 показателя характеризуют физическое интегральное самочувствие (ФЗ), последние 4 – психическое (ПЗ). Жизнеспособность также частично является компонентом физического самочувствия, а общее здоровье – психического. Каждый

пункт градуируется от 1 до 100, прямо пропорционально улучшению КЖ. Более высокая сумма баллов по избранной шкале соответствует лучшему КЖ.

До начала терапии пациенты исследуемых групп были сравнимы по показателям всех шкал SF-36 ($p < 0,005$). При этом показатели шкал ФФ, РФФ, Б, ОЗ, Ж, РЭФ у больных ХГС были статистически достоверно понижены ($p < 0,017$). Можно предположить, что на снижение КЖ при этом влияло как ухудшение физического самочувствия, так и психологическая реакция на известие о наличии тяжелого заболевания.



ABC-VEN-анализ терапии больных ХГС и ХГВ в 3 группах (моделях) оказания медицинской помощи

Оценка пациентами КЖ после курса лечения (период выздоровления) выявила достоверное ($p < 0,05$) по сравнению с исходными данными повышение во 2-й и 3-й группах (ведомственная и университетская модели) параметров ФФ, РФФ, ОЗ и РЭФ. У больных 1-й группы (городская модель) в период выздоровления отмечено достоверное улучшение только 1 параметра РЭФ ($p < 0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что более полноценное восстановление параметров физического и психического здоровья происходило во 2-й и 3-й группах, что может быть связано, в том числе, с более строгим соблюдением международных стандартов по лечению ХВГ [5] в этих группах, в то время как в 1-й группе стандартам лечения следовали не всегда.

Этот вывод согласуется с некоторыми данными литературы о том, что современные стандартизированные методы ПВТ вследствие высокой эффективности положительно влияют на КЖ больных в целом, включая и психоэмоциональную сферу [3, 6]. Полученные нами результаты еще раз подтверждают, что оптимальной формой оказания медицинской помощи пациентам с ХГС и ХГВ является объединение 2-й и 3-й моделей, в которых основная роль отводится (как в университетской модели) гастроэнтерологу/гепатологу, владеющему всем арсеналом современных диагностических и лечебных технологий, и при этом соблюдается преимущество наблюдения за больными в одном ЛПУ (как в ведомственной модели).

Таким образом, метод изучения КЖ больных ХВГ с помощью опросника SF-36 оказался рациональным подходом к выбору тактики ведения этих больных и определения приоритетной модели оказания медицинской помощи.

Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости, во-первых, соблюдения международных стандартов диагностики [1] и лечения, а во-вторых – перераспределения потоков пациентов с ХГС и ХГВ к гастроэнтерологу/гепатологу поликлиники или специализированного центра, как это отражено в приказе №415 от 2010 г., который сегодня реализован в университетской модели.

Литература

1. Практическая гепатология. Под ред. Н.А. М. Мухина, 2004.
2. Авксентьева М.В. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению / М., 2008.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / СПб, 2002.
4. Воробьев П.А. Клинико-экономический анализ / М.: Ньюдиамед, 2008.
5. Рекомендации по лечению гепатита С (Согласительная конференция по лечению гепатита С, Франция, 27–28 февраля 2002 г.) // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003; 2: 4–12.
6. Bonkovsky H., Snow K., Malet P. et al. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis // J. Hepatol. – 2007; 46: 420–31.

APPROACHES TO ANALYZING MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C AND B UNDER THE PRESENT CONDITIONS

A. Russkikh, Candidate of Medical Sciences; Professor **V. Fomin**, MD; Professor **L. Syrtsova**, MD; Professor **L. Kozlovskaya**, MD; **I. Prishchepov**, Candidate of Medical Sciences
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper compares various (municipal, departmental, and university) models of medical care for patients with chronic hepatitis C and B from the viewpoint of their cost-efficiency and different antiviral therapy regimens, by making the ABC-VEN analysis and assessing the patients' quality of life before and after treatment.

Key words: chronic hepatitis C and B, antiviral therapy, quality of life, ABC-VEN analysis.