

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. Байбородова<sup>1</sup>, И.Ф. Копылова<sup>1</sup>, Н.В. Кирякина<sup>2</sup>, С.В. Саранчина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кемеровская государственная медицинская академия;

<sup>2</sup> 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.