

лежащих в основе репродукции, позволили усовершенствовать диагностику причин бесплодия, способствовали разработке и внедрению современных репродуктивных технологий, эффективность лечения бесплодия остается низкой — по нашим данным, у 13% из обратившихся бесплодных пар. Высокий процент бесплодных супружеских пар не может не сказаться на демографической ситуации в Приморском крае. Необходимо дальнейшее изучение механизма действия существующих методов лечения бесплодия, их усовершенствование, а также создание новых, более эффективных, основанных на результатах научных исследований. В сложившейся ситуации стабильная работа службы Центра планирования семьи ККЦОМД и ее совершенствование являются одним из важнейших элементов комплексного решения проблемы охраны репродуктивного здоровья населения Приморского края.

Литература

1. Дифференциальная диагностика различных форм бесплодия в амбулаторных условиях: Пособие для врачей/Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Корнеева И.Е. и др. -М.: 2000.
2. О применении вспомогательных репродуктивных

технологий: Пособие для врачей/ Айламазян Э.К., Здановский В.М., Корсак В.С. и др. - СПб., 2000.

3. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. — М.: Медицина, 1991.
4. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Основы репродуктивной гинекологии. — М.: Медпрактика, 2003.

Поступила в редакцию 23.03.04.

STERILITY PROBLEMS IN PRIMORSKY REGION: WAYS AND MEANS OF THEIR SURMOUNTING

I.L. Ulyanova, F.F. Antonenko, L.A. Nesvyachenaya, V.N. Chludiev, N.B. Simakova, V. Yu. Tichomirova
Far-Eastern Branch of the Research Center of Medical Ecology of the VSNC of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Science, Vladivostok State Medical University, Regional Clinical Center of the Maternity and Childhood Protection (Vladivostok)

Summary — The paper provides generalized results of the activities of the Family Planning Center that is a part of the Regional Clinical Center of the Maternity and Childhood Protection (Vladivostok). In the course of examination of 2537 infertile married couples the authors very often diagnose male sterility that is all-important problem having direct impact upon demographic setting in Primorye. According to the authors' data, effectiveness of artificial insemination and other procedures aimed at sterility healing amounts to 13%. The authors bring to the forefront the necessity both to improve available techniques and to develop new methods to deal with this socially significant pathology.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 3, p. 71-73.

УДК615-056.3:616.5]-053.2-085].003.1

В.В. Деркач, Е.В. Просекова, Г.В. Виноходова,
И.С. Сергиенко

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Дальневосточный филиал НИИ клинической иммунологии СО РАМН,
Детская городская клиническая больница
(г. Владивосток)

Ключевые слова: фармакоэкономика, atopический дерматит, дети.

Атопический дерматит (АД) — аллергическое заболевание кожи, имеющее хроническое рецидивирующее течение, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям [1,9]. Вовлечение в патологический процесс наряду с кожей многих органов и систем организма позволяет рассматривать его как системное заболевание и значительно расширяет спектр фармакологических препаратов, используемых в программах лечения. В преобладающем большинстве случаев дебют АД приходится на ранний детский возраст [1, 2, 10]. Хроническое течение болезни определяет комплексные и продол-

жительные программы лечения, снижает качество жизни больного и его семьи в целом, требует ограничений в быту и значительных экономических затрат. Больные АД не только страдают от наличия кожных проявлений, но и имеют ограничения в повседневной, социальной, физической и профессиональной активности, проблемы, связанные с необходимостью избегать воздействия триггеров обострений. Терапия детей, страдающих этим заболеванием, должна быть комплексной, подавлять аллергическое воспаление в коже, уменьшать воздействие причинных факторов, а также устранять или уменьшать сопутствующие нарушения в органах и системах [1, 2, 3, 11].

Оценить эффективность и рентабельность затрат на программы профилактики и лечения АД, определить приоритетность используемых лекарственных средств, проанализировать динамику качества жизни пациента позволяют фармакоэкономические исследования [3, 4]. Последние учитывают стоимость лекарства, затратную эффективность, сопутствующие прямые затраты, непрямыe потери и полученные выгоды, что может использоваться для определения потенциальной экономии, а также источников расходов [4, 6, 13]. Основной составляющей фармакоэкономического анализа является определение стоимости болезни [5, 6, 7].

Экономические исследования при АД в России единичны и затрагивают отдельные аспекты медицинской экономики [1]. При определении стоимости заболевания (cost-illness) учитываются все расходы на болезнь для определенной популяции [5, 6, 13].

Цель настоящего исследования — анализ стоимости и структур, ее составляющих, при АД у детей в Приморском крае.

АД у ребенка приводит к прямым и косвенным расходам, а также к нематериальным потерям семьи. Прямая стоимость включает затраты на профилактику, выявление и лечение болезни, реабилитацию и обучение пациента, капитальные вложения в медицинские учреждения. Косвенные не прямые расходы приходятся на потерю рабочих дней, изменение профессиональной ориентации у родителей, снижение валового продукта, выплату пенсий по инвалидности. Нематериальные потери определяются снижением уровня качества жизни пациента. Различия приводимых в литературе данных по стоимости АД и ее структуре существенны и отражают разнообразие систем здравоохранения, методологических подходов, источников информации [8].

Проведено анкетирование 300 семей, где дети страдали АД, включавшее данные за последние три года об особенностях течения болезни, объеме и продолжительности фармакотерапии, частоте и спектре оказываемой медицинской помощи, затратах и потерях семьи, а также расходы на организацию гипоаллергенного режима. 200 больных в возрасте от 3 до 18 лет, находившихся на амбулаторном лечении и в аллергопульмонологическом стационаре ДГКБ (г. Владивосток), заполняли в течение года дневники самоконтроля с фиксацией клинических симптомов, объема фармакотерапии, индекса SCORAD. Материалами исследования также служили отчетная медицинская документация ЛПУ за 1999–2003 гг., амбулаторные карты (200) и истории болезни (100) пациентов, специально разработанные анкеты по фармакоэкономическому анализу, статистические справочники о стоимости медицинских услуг и прайс-листы аптек, фирм производителей, лабораторий. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 5.0. В прямые расходы включали затраты на врачебные консультации, амбулаторную и госпитальную помощь, вызов скорой помощи, пребывание в палатах интенсивной терапии, фармако лечение и коррекцию его побочных эффектов, гипоаллергенный режим [3, 7, 8]. К косвенным расходам относили оплату пенсий по инвалидности, потери производства, оплату дней нетрудоспособности родителей. Анализ нематериальных потерь включал оценку качества жизни и социальной дезадаптации ребенка, жизненной активности, тревоги, страха, самооценки, пропусков школьных занятий, ограничений в профессиональной ориентации [12].

Затраты семьи на АД у ребенка оказались значительными и составили от 5 до 30% годового дохода. В среднем расходы семьи на заболевание ребенка в 2000 г. составили 9658,9±91,4 руб. (311,5 USD), в 2001 г. — 12142,1±110,5 руб. (379 USD), в 2002 г. — 13400,0±134,6 руб. (446 USD). Около трети пациен- тов с легким течением и очаговой формой АД в пер-

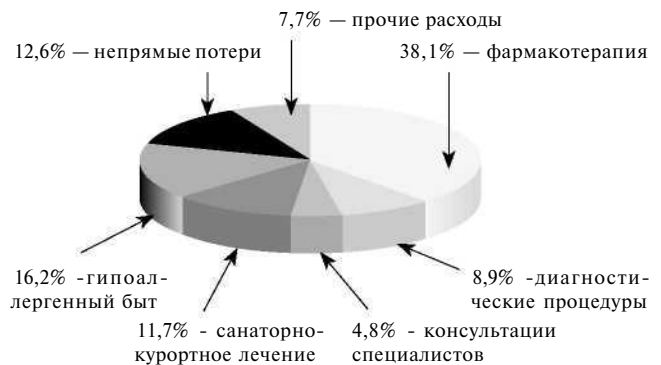


Рис. 1. Структура расходов семьи на АД у ребенка в Приморском крае за 2000–2003 гг.

вые годы ограничивали лечение периодическим применением наружных средств, нередко без консультации специалистов и обследования. При утяжелении болезни возрастали расходы на консультации специалистов и клинико-лабораторные анализы. Особенности течения определяли преобладание в структуре расходов затрат на амбулаторно-поликлиническую помощь (только в 12,5±2,4% случаев проводилось стационарное лечение и обследование). В среднем на одного ребенка с АД в 2001 г. пришлось 0,37 случая госпитального лечения, при тяжелом клиническом течении болезни данный показатель возрастал до 1,3±0,2 с продолжительностью лечения до 15,6±1,0 койко-дня. В течение 2001 г. по причине болезни ребенка одному из родителей выдавались справка или листок нетрудоспособности на 3,3±0,4 дня. В Приморском крае из средств семьи в анализируемый период оплачивались такие диагностические манипуляции, как определение общего и специфического IgE и IgG, исследование кала на дисбактериоз, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и др. Расходы семьи на диагностические процедуры в год за 2001–2004 гг. составили от 570 до 10000 руб. Стоимость исследования кала за анализируемый период составляла — 200–270 руб., ультразвукового исследования — 250–290 руб., определение общего IgE в биологических жидкостях — 80–115 руб., аллерготестирование — 250–500 рублей. Затраты на фармакотерапию составили 38,1±2,4% от всех расходов на заболевание (рис.1) и определяли суммы от 400 до 11400 рублей в зависимости от тяжести течения болезни. В среднем на приобретение лекарственных средств на одного ребенка в течение 2000 г. семья тратила 3486,8±48,2руб. (112 USD), в 2001г. — 4383,2±61,2 (136 USD), 2002 г. — 4837,4±51,4 руб. (161 USD).

Неудовлетворенность результатами лечения приводила к росту затрат на консультации специалистов (до 10–12 консультаций в год). В 2002–2003 гг. увеличилась доля расходов на базисную противовоспалительную терапию, консультации аллерголога и дерматолога, но заметно снизились число случаев и продолжительность госпитальной помощи, уменьшились косвенные и нематериальные потери семьи. На одного ребенка в год на платные консультации

специалистов по поводу АД семья затрачивала $345,0 \pm 25,4$ руб. Более половины родителей (71%) отмечали материальные затруднения при соблюдении необходимых рекомендаций по фармакотерапии, диете, гипоаллергенному быту и режиму, а также санаторно-курортному лечению. Средняя цена набора гипоаллергенных постельных принадлежностей в Приморье составила $7900,0 \pm 150,4$ руб. Полный комплект гипоаллергенного белья имелся менее чем у 1% детей с АД. Стоимость путевки на 21 день санаторно-курортного лечения в учреждения Приморского края оказалась в исследуемый период 9500-12000 руб. (без дорожных трат). Расходы на санаторно-курортное лечение за 2000-2003 гг. понесли 2,4% семей.

Объем затрат семьи во многом определялся тяжестью клинического течения и распространенностью АД. При легком течении и единичных очагах поражения кожи затраты на фармакотерапию на одного ребенка в год составляли $350,4 \pm 40,5$ руб., в то время как тяжелое течение болезни приводило к увеличению доли данных затрат до 10000 руб. Число обращений за медицинской помощью при легком течении АД в большинстве случаев не превышало четырех в год и ограничивалось амбулаторным обслуживанием. При тяжелом течении и плохом контроле за заболеванием число обращений за медицинской помощью возрастало в несколько раз (до 14-20 в год), возникали расходы на госпитальное лечение и не прямые потери семьи.

Расходы на обеспечение гипоаллергенного быта, диеты и нематериальные потери в меньшей степени зависели от тяжести клинического течения болезни и присутствовали в каждой семье, где ребенок страдал АД. При наличии других (здоровых) детей в семье в 80% случаев родители отмечали негативное влияние заболевания на качество их жизни и необходимость вынужденных ограничений в быту.

Социальное и экономическое влияние АД оценивается гораздо сложнее, чем простой подсчет количества больных детей. Длительность течения болезни значимо влияет на качество жизни ребенка и его семьи. Наличие дерматита ограничивает жизненную активность, приводит к социальной дезадаптации, влияет на уровень профессиональной подготовки в будущем.

При анализе медицинской документации и анкетировании 200 семей отмечено большое число дней пропущенных школьных занятий по причине болезни. На одного ребенка школьного возраста с АД в 2000 г. приходилось $26,6 \pm 2,3$ дней пропущенных занятий из-за болезни. В 2001-2002 гг. число пропущенных дней школьных занятий составило $17,6 \pm 2,1$ и $16,2 \pm 2,1$ дней соответственно. Длительность пропущенных школьных занятий прямо зависела от тяжести АД. Так, при легком течении число пропущенных дней на одного ребенка составляло в 2000-2002 гг. от $10,3 \pm 1,1$ до $14,2 \pm 1,7$. При среднетяжелом тече-

нии болезни число пропущенных школьных занятий возрастало почти вдвое — от $22,9 \pm 2,2$ до $25,3 \pm 2,9$ дней. Тяжелое течение АД определяло пропуск школьных занятий в течение 46,8-55,6 дней в году на одного ребенка. Значительное число пропущенных занятий повышало риск плохой успеваемости. Четверть родителей ($22,2 \pm 2,2\%$) отмечали снижение успеваемости у детей и связывали его с АД. В 2000-2002 гг. на одного ребенка дошкольного возраста с АД приходилось в год $18,3 \pm 3,0$ пропущенных дней посещений детского сада из-за болезни. При этом почти 30% больных дошкольников детский сад не посещали совсем.

АД с частыми обострениями и плохим контролем приводили к социальной дезадаптации ребенка. Почти в половине случаев ($49,7 \pm 4,2\%$) у детей с АД родители отмечали ограничение участия их в играх со сверстниками, в $11,5 \pm 1,4\%$ — замкнутость, в $12,7 \pm 1,4\%$ — повышенную раздражительность и агрессивность. У $26,2 \pm 2,1\%$ детей АД провоцировал чувство жалости к себе и низкую самооценку. У $11,1 \pm 1,1\%$ детей запрет на приобретение домашнего животного по причине аллергии определял состояние психоэмоционального стресса.

Заболевание ребенка оказывало заметное отрицательное влияние на жизненный уклад всей семьи. Ограничение семейного отдыха $44,7 \pm 2,1\%$ родителей связывали с наличием этого заболевания. Бремя АД усугублялось для родителей необходимостью значительных финансовых затрат, длительным приемом ребенком лекарственных препаратов, введением многих бытовых ограничений в семье. Почти в трети семей, где дети страдали АД, один из родителей вынужден был не работать или переходить на неполный рабочий день, работу на дому или на низкоквалифицированную посменную работу.

Расходы государства на АД включали выплаты пенсий по инвалидности. В 2000-2003 гг. во Владивостоке показатель инвалидности по АД у детей был менее 1% (табл. 1) и ниже такового в Москве и Санкт-Петербурге, где инвалидность определена у 7% таких детей. Инвалидность означает необходимость предоставления социальной защиты или помощи ребенку, и реальное число детей-инвалидов вследствие АД значительно превышает данные официальной статистики и ежегодно увеличивается.

Таким образом, ущерб от АД у детей в Приморье значителен как для семьи ребенка, несущей основное

Таблица 1
Инвалидность по atopическому дерматиту
среди детей во Владивостоке

Год	Детское население	Число детей с АД	Число детей-инвалидов
2000	130961	1552	5
2001	132543	1748	3
2002	129127	1789	16

бремя затрат на фармакотерапию, гипоаллергенный быт и санаторно-курортное лечение, так и для государства в целом. Разработка и внедрение комплексных программ лечения, профилактики и образования пациентов с определением их затратной эффективности определяет актуальность дальнейших фармакоэкономических исследований при АД у детей и может снизить стоимость болезни в целом.

Литература

1. Атопический дерматит. Рекомендации для практических врачей. — Российский согласительный документ по атопическому дерматиту. — М., 2002.
2. Атопический дерматит у детей. Диагностика, лечение и профилактика: Научно-практическая программа. — М., 2001.
3. Белоусов Ю.Б. Ольбинская Л.И., Быков А.В.// Клинич. фармакология и терапия. — 1997. — № 6. — С. 83-85.
4. Виноградов А.В.// Фармаптека. — 1994. — № 2. — С. 14-23.
5. Кобельт Ж.// Клинич. фармакол. и терапия. — 1999.-№8.-С. 60-64.
6. Кобельт Ж.// Клинич. фармакол. и терапия. — 1999.-№9.-С. 93-94.
7. Кобина С.А., Семенов В.Ю.//Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 1999. — № 1. — С. 39-48.
8. Медников Б.Л.//Хронические обструктивные болез-

ни легких/ Под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Медицина, 1998. — С. 501-510.

9. Экология и здоровье детей/ Под ред. М.Я. Студеникина и А.А. Ефимовой. — М.: Медицина, 1998.
10. Bjorksten B., Dumitrascu D., Foucard T. et al.// Eur. Resp. J. - 1997.-No. 10. - P. 743-749.
11. Correali C.E., Walker C., Murphy L.// Am. Family Physician. - 1999. - Vol. 60. - P. 1191-1197.
12. Strachan D., Sibbald B., Weiland S. et al.//Pediatr. Allergy Immunol. - 1997. - NS. - P. 161-176.
13. Walley T., Haycox A.// Br. J. Clin. Pharmacol. - 1997. - Vol. 43, No. 4. - P. 343-348.

Поступила в редакцию 26.03.04.

PHARMACOECONOMIC ASPECTS OF TREATMENT OF CHILDREN'S ATOPIC DERMATITIS

V. V. Derkach, E. V. Prosekova, G. V. Vinokhodova, I.S. Sergienko
Vladivostok State Medical University, Far-Eastern Branch of Scientific and Research Institute of Clinical Immunology of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Science, Children's Municipal Clinical Hospital (Vladivostok)

Summary — The authors have studied 300 cases of atopic dermatitis at children being at the age of 3 — 18. Based on the medical documentation analysis and questioning, they ascertained high cost of the disease both for the family and the state. Structure and amount of costs depended on duration and severity of the disease. On the whole, the authors point out that atopic dermatitis has negative impact upon life quality of the patients and their families, nevertheless there is a need to carry out further pharmacoeconomic researches.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 3, p. 73-76.

УДК612.821.3:378.147

С.С. Корнеев

ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ В ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ СОЗНАНИЯ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: мышление, интуиция, обучение.

В зависимости от воспитания и уровня развития сознания человек стремится к познанию самого себя или со стороны социума (внешняя сторона), или со стороны индивидуального сознания (внутренняя сторона). Западная и отечественная наука изучают человека с внешней стороны и постепенно продвигаются вглубь его более тонких компонентов. Особых успехов в изучении материи, а значит, и человека, добилась квантовая механика, которая считает, что он является не только корпускулярным существом, но и квантовым, то есть человек — это и материя, и энергия [2]. Восточная психология, религия, йога стремятся познать человека со стороны его души. Существует и третья позиция, которая позволяет изучать природу человека в единстве, синтезе материи и сознания.

В науке, но особенно в духовных учениях, хорошо известно, что в генофонде человека имеется вся информация не только о его филогенезе, но и программа эволюционного развития. В принципе каждый человек осознанно или неосознанно воспринимает информацию о прошлом, настоящем и будущем. Мы часто без каких-либо на то оснований знаем, что нам делать и как поступить в том или другом случае. Мгновенно полученное знание связываем с интуицией, озарением, прозрением, просветлением, откровением. Истинные открытия в науке, как отмечают многие, имеют интуитивную природу, когда идея, мысль входит в сознание индивида из более высоких слоев сознания, которые в разных научных источниках обозначаются по-разному: коллективное бессознательное, сверхсознательное, душа, высшее сознание, супраментальное. Интуитивные способности можно развивать, что мы видим в духовных, мистических, йогических учениях. Человек — универсальное принимающее и передающее устройство, способное к познанию самого себя и Вселенной. Качество воспринимаемой и передаваемой информации зависит от уровня раскрытия его сознания.

Исходя из вышеприведенных положений, учитывая, что познание своей природы является сутью эволюции человека, было проведено экспериментальное исследование. Цель исследования заключалась в том, чтобы изучить особенности мышления студентов