

**НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ
ЭКОНОМИЧЕСКОГО БРЕМЕНИ САХАРНОГО ДИАБЕТА¹**

*Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М.Сеченова, Москва, Россия, turina99@ya.ru*

При оценке экономического бремени сахарного диабета (СД) необходимо четко разделять экономические проблемы, с которыми сталкивается больной СД от затрат государства как на процессы лечения заболевания, так и в решении социальных вопросов. Такому разделению способствует анализ различных категорий затрат[1].

К прямым затратам традиционно относят те издержки, которые непосредственно связаны с оказанием медицинской помощи: расходы на медикаменты, медицинские услуги, оборудование для самоконтроля, пребывание в больнице, уход на дому, а также расходы, связанные с болезнью, которые несут больные и их семьи. Эта категория затрат принципиально не отличается от существующих подходов при оценке бремени других хронических неинфекционных болезней. Вместе с тем размер прямых затрат существенным образом зависит от тяжести сахарного диабета, его компенсации и, в конечном счете – развития осложнения. Можно с уверенностью считать, что для СД существенные возможности экономии лежат в плоскости прямых затрат. Дополнительным фактором, увеличивающим экономическое бремя этой болезни, является возраст. Очевидно, что влияние возраста на уровень затрат можно рассмотреть через призму развивающихся с течением времени осложнений напрямую связанных с диабетом, что увеличивает затраты на лечение больного диабетом в 3,5 раза. В Европе анализ прямых затрат с позиции системы здравоохранения на лечения СД типа 2 показал, что 55% прямых затрат приходится на стационарное лечение, 7% – на пероральные гипогликемические средства, 21% – на инсулины и препараты для лечения сопутствующей патологии, 18% – на амбулаторное лечение [2]. Несмотря на такую низкую долю затрат на пероральные гипогликемические средства, именно оптимизация сахароснижающей терапии и является опреде-

¹Turina I.V. Some methodological approaches to reducing the economic burden of diabetes.

ляющей, как для снижения уровня госпитализаций, так и для развития осложнений СД. Учет и оценка косвенных затрат представляет особую трудность, так как люди с СД типа 2, как правило, пожилые люди и, следовательно, часто не работают. Наоборот, больные с СД типа 1 работоспособного возраста продолжают обычно долго работать, и не тратят «время на болезнь». СД типа 1 часто развивается в детстве, и потеря трудоспособности в этом случае будет вызвана тем, что взрослый член семьи тратит время на уход за ребенком в ущерб работе. Таким образом, эта составляющая затрат хотя и является актуальной, но не столь значимой для решения задачи сокращения издержек в бремя болезни.

Уже обсуждалось, что бремя болезни распределено между несколькими субъектами, несущими затраты. В первую очередь лиц, принимающих решения, интересуют затраты системы здравоохранения, так как именно они являются основой для бюджетирования. В гораздо меньшей степени обсуждаются затраты пациента и его семьи. Однако для СД сложившаяся ситуация существенным образом не верна. Не только система здравоохранения несет расходы, связанные с заболеванием. Главным в этой ситуации является человек, которому приходится жить с болезнью. СД влечет за собой значительные изменения в образе жизни: для 90% людей с СД типа 2 главным в лечении являются изменения в диете и увеличение физических нагрузок. Некоторые изменения образа жизни важны и для людей с диабетом типа 1, так как требуют диетических ограничений – в диету включается большое количество фруктов и овощей. Родственники, друзья и коллеги по работе также подвержены влиянию заболевания. Изменение жизненных привычек вызывает трудности, и люди неохотно меняют их. Рекомендации, способствующие здоровому образу жизни, предполагают, что человек с диабетом имеет финансовые возможности выбирать между здоровым и нездоровым образом жизни. Однако часто больной человек мало, что может изменить в своей жизни к лучшему из-за материальных трудностей. Для СД типа 2 эти поведенческие затраты являются существенным компонентом эффективного лечения. Лечение СД весьма затратно, но главное, что эффективность этой терапии существенно зависит от комплаентности пациентов: соблюдения ими режимов питания, физической нагрузки, расписания приема противодиабетических средств. Это положение существенно образом отличает СД от других хронических неинфекционных болезней. Следует отметить, что комплаентность падает с возрастом и по мере уменьшения доходов в семье. Кроме того, доказано, что комплаентность достигает 80% при назначении препарата 1 раз в

сутки против 50% при назначении 4 раза в сутки.

Проблема комплаентности многогранна и обусловлена как проблемами взаимодействия пациента с системой здравоохранения, так и недостаточным взаимодействием между пациентом и поставщиком услуг. Решение многих проблем находится в плоскости организационных мероприятий и, в частности – в плоскости образовательных программ как для медицинского персонала первичного звена, так и для пациентов. Обучение пациентов является важнейшим элементом повышения эффективности и экономичности медицинских вмешательств при СД.

Литература:

1. Воробьев П.А. Клинико-экономический анализ. М.: Изд-во Ньюдиамед, 2008.- 778 С.
2. Jonsson B. et al. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe // Diabetologia.-2002.-Vol.45.-p.S5-S12.

Ключевые слова: сахарный диабет, комплаентность, экономика сахарного диабета, затраты здравоохранения.

Key words: diabetes mellitus, compliance, economics of diabetes, health care costs.

УДК 616.12 – 008.331.1 : 615.225.2

Н.Б. Ханмурзаева

СОДЕРЖАНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Дагестанская Государственная Медицинская Академия,
Махачкала, naida536@mail.ru*

Введение. В настоящее время активно изучается роль системного и локального воспаления в патогенезе артериальной гипертензии и поражении органов-мишеней.

Материалы и методы. 158 пациентов с ЭАГ по результатам клинического, лабораторного и инструментального обследования были разделены на группы в зависимости от стадии заболевания (пациенты с 1 стадией ЭАГ n=54, 2 стадией