нием органов дыхания – бронхитов и периферической нервной системы, в том числе радикулопатий.

В динамике показателей инвалидности за пятилетний период наблюдения установлено, что профессиональные заболевания являются одной из причин стойкой утраты трудоспособности среди всего взрослого населения. В структуре причин инвалидности профессиональные заболевания в Воркуте занимают одно из первых мест. При первичном выходе на инвалидность больных с профессиональной патологией более чем в 90% случаев устанавливается III группа инвалидности, тогда как при общих заболеваниях доля инвалидов III группы не превышает 20%.

Заключение

Таким образом, показатели профессиональной заболеваемости остаются относительно стабильными, имеют незначительную тенденцию к росту, основной вклад в ее формирование вносят профессиональные заболевания работников Воркуты и Инты. Во всех возрастных группах отмечен высокий удельный вес пациентов с III группой инвалидности. Это обстоятельство является чрезвычайно важным, поскольку именно в отношении этой категории инвалидов наиболее эффективны реабилитационные мероприятия, включая активное диспансерное наблюдение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Измеров Н.Ф.* Проблемы медицины труда на Крайнем Севере. Медицина труда и промышленная экология. 1996; 5: 1–4.
2. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Коми в 2010 году: Государственный доклад. Сыктывкар; 2011.
3. Прогнозирование воздействия вредных факторов условий труда и оценка профессионального риска для здоровья работников: Методические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ; 2010.
4. Социально-экономическое положение Республики Коми: Годовой доклад. Сыктывкар; 2011.

REFERENCES

1. *Izmerov N.F.* Problems of occupational medicine in the Far North Medicina truda i promyshlennaja jekologija. 1996; 5: 1–4 (in Russian).
2. On the sanitary-epidemiological situation in the Republic of Komi in 2010. Gosudarstvennyj doklad. Syktyvkar; 2011 (in Russian).
3. Predicting the impact of harmful factors of working conditions and occupational risk assessment for health workers. metod. rekomendacii. M.; Ministerstvo zdravoohranenija i social'nogo razvitija RF; 2010 (in Russian).
4. The socio-economic situation of the Republic of Komi. Godovoj doklad. Syktyvkar; 2011 (in Russian).

Поступила 15.03.13

ОБРАЩЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 614.27:615.252.349.03:616.379–008.64

Е.А. Мащенко[1], В.С. Маличенко[1,2], С.Б. Маличенко[1], А.М. Явися[1]

РОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОМ УПРАВЛЕНИИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РАЗНЫХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

[1]Российский университет дружбы народов, 117198, г. Москва; [2]«Московский государственный институт международных отношений (университет)» МИД России, 119454, г. Москва

Сахарный диабет (СД) – одна из основных проблем, угрожающих здравоохранению и развитию государств в XXI веке, по темпам распространения опережающий все неинфекционные заболевания, приобретая характер стремительно распространяющейся всемирной эпидемии. СД является социально значимым заболеванием, приводящим к снижению качества жизни, ранней инвалидизации и высокой смертности вследствие сопутствующих осложнений. На государственном уровне СД сопряжен не только с высокими экономическими затратами органов здравоохранения, но и с общими потерями, связанными со снижением производительности труда и темпами экономического роста. Среди анализируемых моделей оказания медицинской помощи больным с СД в странах с высоким уровнем экономического развития можно наблюдать модели оказания медицинской помощи больным СД с высокими расходами и низкой эффективностью (США), с высокими расходами и высокой эффективностью (Франция), а также с низкими расходами и высокой эффективностью (Япония).

Ключевые слова: *диабет, лекарственное обеспечение, системы здравоохранения, эффективность.*

THE ROLE OF THE DRUG SUPPLY IN THE EFFECTIVE MANAGEMENT OF DIABETES IN DIFFERENT HEALTH CARE SYSTEMS

E.A. Mashchenko[1], V.S. Malichenko[1,2], S.B. Malichenko[1], A.M. Yavisya[1]

[1]Russian University of Peoples' Friendship, 117198, Moscow, Russian Federation, [2]Moscow State Institute of International Relations (University), 119454, Moscow, Russian Federation

Diabetes mellitus (DM) – one of the major problems that threatens health and development of states in the 21st century, and spreads ahead of all non-communicable diseases, assuming the role of a rapidly spreading worldwide epidemic. DM is a socially significant diseases, leading to a decrease in quality of life, early disability and high mortality due to associated complications. At the state level, diabetes is associated with high economic costs not only in public health, but also with total loss associated with loss of productivity and economic growth. The analysis of health care models for patients with diabetes in high income countires, showed high costs and low efficiency (USA), the high cost and high efficiency (France), and low-cost and high efficiency (Japan).

Key words: *diabetes, drug supply, health systems, efficiency.*

Диабет – одна из основных проблем, угрожающих здравоохранению и развитию государств в XXI веке. На Генеральной Ассамблее ООН 20 декабря 2006 г. была принята резолюция № A/RES/61/225, признающая угрозу сахарного диабета (СД) и призывающая страны – члены ООН развивать национальные программы, направленные на профилактику и лечение диабета.

СД по темпам распространения опережает все неинфекционные заболевания, приобретая характер стремительно распространяющейся всемирной эпидемии. По данным Международной диабетической федерации (IDF), в 2011 г. численность больных с СД составила 366 млн человек (8,3% общей численности населения), при этом у подавляющего большинства больных 183 млн человек СД 2-го типа остается недиагностированным [1]. Эксперты IDF прогнозируют, что к 2030 г. каждый 10-й житель планеты будет поражен этим заболеванием.

СД является социально значимым заболеванием, приводящим к снижению качества жизни, ранней инвалидизации и высокой смертности вследствие сопутствующих осложнений (рис. 1) [2]. По данным ООН и ВОЗ, от СД каждые 7 с в мире умирает 1 больной, каждые 10 с заболевают 12 человек; ежегодно умирают около 4,6 млн больных. Диабет является главной причиной развития ишемической болезни сердца и инсульта, он является одной из десяти ведущих причин инвалидности во всем мире [3]. Каждый год в мире производят более 1 млн ампутаций нижних конечностей пациентам с СД, более 600 тыс. больных полностью теряют зрение, около 500 тыс. находятся на гемодиализе вследствие хронической почечной недостаточности [4].

Диабет сопряжен с высокими затратами в системе здравоохранения, снижением производительности труда и темпов экономического развития. В целом в мире в 2011 г. затраты систем здравоохранения на диабет составили 465 млрд долл. США, что соответствует 11% всех затрат на здравоохранение. а затраты на курацию 1 пациента с СД в среднем составляют 1330 долл. США в год. При развитии осложнений стоимость ухода и лечения пациента увеличивается в 3,5 раза [5]. Преждевременная смертность вследствие СД – одна из главных причин значительных потерь национального дохода.

Начало XXI века проявилось принципиально новой демографической ситуацией, характеризующей повышение в общей популяции абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста. В 2012 г. число лиц старше 60 лет превысило 810 млн человек и составило 11,5% населения всего мира. Согласно прогнозам, это число увеличится до 1 млрд менее чем через 10 лет, а к 2050 г. возрастет в 2,5 раза и достигнет 2 млрд, которые буду составлять 22% населения планеты.

Подобные демографические тенденции (рис.2) [6], проявившиеся в последние десятилетия, приведут к прогрессированию распространенности СД 2-го типа. СД в возрастной группе старше 60 лет в 7 раз выше, а максимальная распространенность (22–24%) отмечается у населения старше 80 лет. В случае увеличения средней продолжительности жизни до 80 лет количество больных СД 2-го типа превысит 17% населения. На заболеваемость СД оказывает существенное влияние уровень экономического развития государства [7]. Из 155 млн больных около 100 млн проживают в развивающихся странах, преимущественно в Азии. По существующим прогнозам, распространенность СД увеличится на 170%.

Уровень экономического благосостояния страны оказывает влияние на возраст дебюта СД 2-го типа [8], в развивающихся странах пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст (45–64 года), что значительно усугубляет экономические потери (рис. 3).

Сложившаяся ситуация, а также недостаточное финансирование, ограничивающее возможности скрининга диабета и доступность своевременного медицинского и лекарственного обеспечения, привели к значительному увеличению показателя YPLL (потенциально потерянные годы жизни) и DALY (количество лет, утраченных в результате инвалидности).

IDF определила 5 стран с самым высоким распространением СД (в млн человек): Индия – 40,9, Китай – 39,8, США – 19,2, Россия – 9,6, Германия – 7,4. Однако отмечается значительный разброс в уровне расходов на лечение и профилактику диабета между различными странами и регионами. Более 80% средств, расходуемых на диабет во всем мире, приходится только на экономически развитые страны. В США расходы на СД в 2010 г. составили 198 млрд долл. США, или 52,7% от суммы глобальных расходов, тогда как в Индии, где проживает самое большое число людей с диабетом, было израсходовано около 2,8 млрд долл. США, т. е. менее 1% от общих расходов здравоохранения на СД всех стран мира (рис. 4) [9].

Социально-демографические процессы, усиление экономической нестабильности, непропорциональный доступ к медицинской помощи и стремительное увеличение распространенности СД предъявляют се-

Для корреспонденции:
Мащенко Елена Александровна – канд. мед. наук; доц. каф. клинической и социальной гериатрии, 109388, Москва, Шоссейная ул., 43, ОАО «РЖД» № 6, e-mail: ele-mashchenko@yandex.ru.

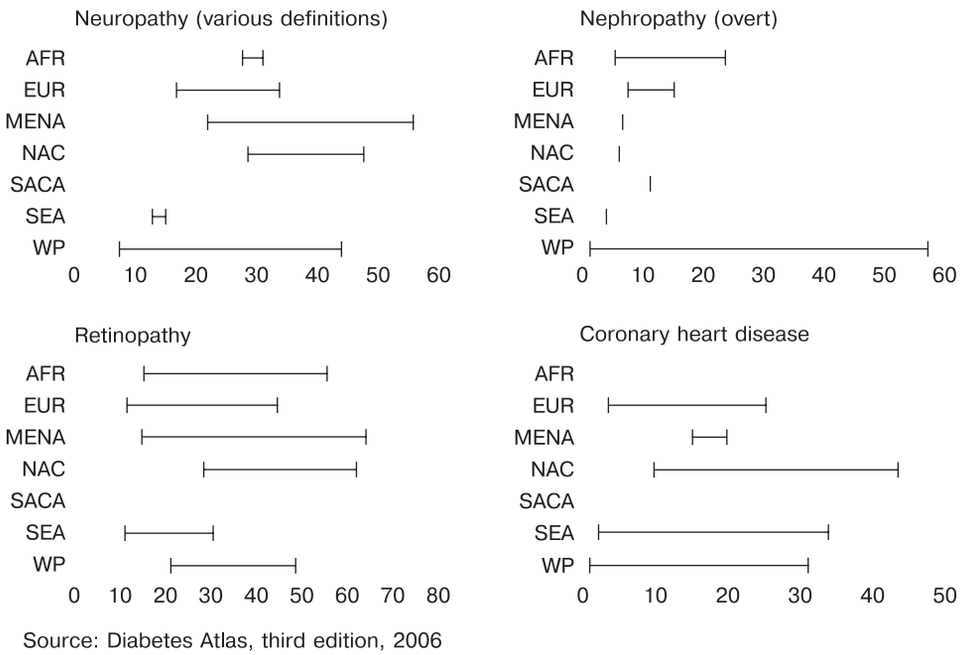

Рис. 1. Распространенность осложнений СД в различных исследованиях.
Регионы: AFR – Африка южнее Сахары, WP – Западная часть Тихого океана, SACA – Южная Америка и Регион Центральной Америки, EUR – Европейский регион, SEA – Юго-Восточная Азия, MENA – Восточное Средиземноморье и Ближний Восток, NAC – Североамериканский регион.

рьезные вызовы системе здравоохранения ведущих мировых держав, особенно в части лекарственного обеспечения.

Несмотря на усиление внимания международного сообщества к вопросам здравоохранения в отношении расширения доступа к основным лекарственным средствам, в частности, для лечения СД не наблюдается заметного прогресса. Согласно последним данным, основные лекарственные средства по-прежнему остаются недоступными [10]. Более 80% населения Земли, проживающего в странах с низким и средним уровнями экономического развития, не имеют полноценного доступа к существующим лекарственным средствам [11]. В 2007–2011 гг. обеспеченность основными лекарственными средствами составляла в среднем 51,8% в медицинских учреждениях государственного сектора и 68,5% в частном секторе, что всего на несколько процентных пунктов выше по сравнению с обоими показателями за предыдущий период [12].

Право на здоровье, закрепленное во Всеобщей декларации прав человека (1948), требует от правительств и органов государственной власти реализовывать политику, способствующую защите от эпидемических заболеваний и обеспечению всех граждан доступом к системе здравоохранения. Отсутствие доступа к лекарственным средствам для лечения СД ущемляет права человека на жизнь и здоровье.

Существуют огромные межстрановые различия в сфере организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения. Специфика национальных систем здравоохранения различных стран мира определяется прежде всего сложившейся социально-экономической моделью и уровнем экономического развития.

Система здравоохранения США отражает особенности американской социально-экономической модели, идеологии и традиций. США обладают децентрализованной системой здравоохранения с минимальным вмешательством государства и с наиболее высоким среди развитых стран удельным весом частного сектора. Охват населения услугами здравоохранения очень непропорционален [13]. В 2009 г. половина от общих затрат на здравоохранение приходилась на 5% населения страны, а около четверти (21,8%) на лечение всего 1%.

Население тратит на медицинскую помощь больше, чем в любой другой стране мира как в абсолютных цифрах, так и в соотношении с ВВП на душу населения. В настоящее время, по данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), затраты на здравоохранение в США составили 8000 долл. на душу населения в год, что в 3 раза превышает затраты Японии и Новой Зеландии и в 2 раза – Швейцарии и Норвегии [14] Однако по многим параметрам, включая доступность системы здравоохранения, охват ею населения, высокую стоимость медицинских услуг, а также быстрый рост цен на них и лекарства, США уступают многим развитым странам.

Лекарственное обеспечение в США осуществляет-

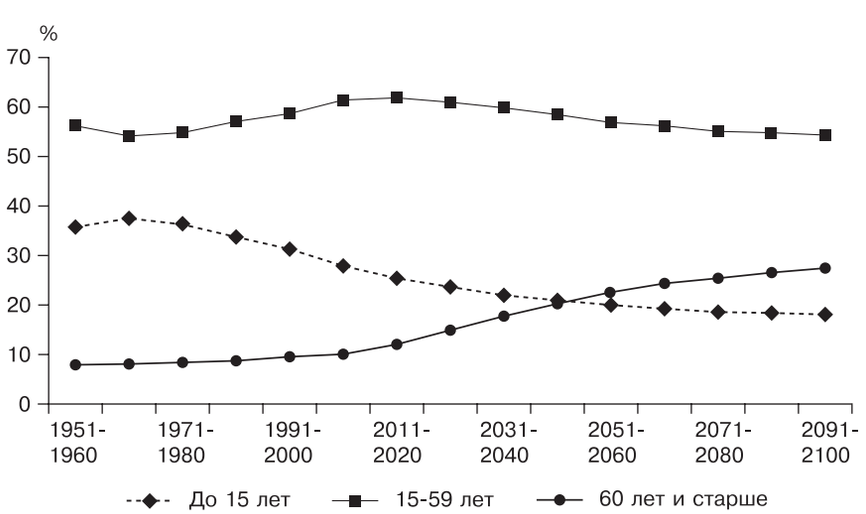

Рис. 2. Возрастная структура населения мира.
Источник: World Population Prospects, the 2010 Revision.

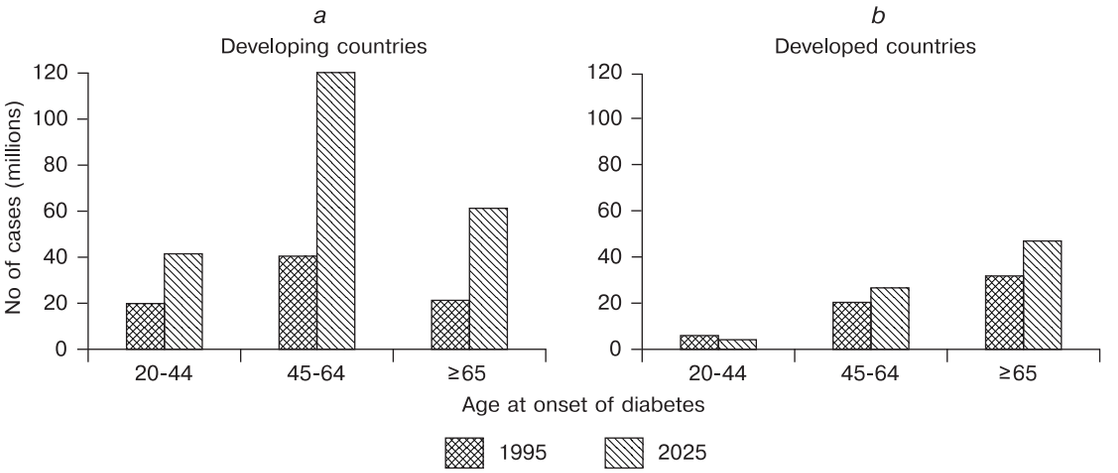

Рис. 3. Возраст дебюта СД 2-го типа в развивающихся (*а*) и развитых (*б*) странах.

ся из различных источников: страховые программы за счет работодателя, страхование физических лиц, индивидуальные программы страхования в рамках государственных программ Medicare и Medicaid, а также прямые затраты граждан [15]. В период с 1999 по 2011 г. на 43% возросло использование лекарственных средств (с 2,8 до 4 млрд), которое опережало рост населения США (9%). Согласно данным IMS Health, цена на 30 наиболее используемых рецептурных лекарственных средств в США в 3 раза больше, чем в Канаде и Германии, в 2 раза больше, чем в Австралии, Франции, Голландии, Великобритании. При этом цены на дженерики в США ниже, чем в других странах.

Для регулирования расходов на покрытие стоимости лекарственных средств страховыми программами компании определили ряд ограничений:

- исключение определенных лекарственных средств из списка доступных,
- количественные ограничения,
- определенные требования к стратегии назначения терапии.

Страхование работодателем является наиболее распространенным видом медицинского страхования в США и охватывало в 2008 г. 58% населения (176 млн человек). В 98% случаев страховка включала лекарственное обеспечение.

Стандартная процедура получения страховки в частном секторе предполагает тщательное обследование клиента для оценки возможной потребности в дорогостоящей медицинской помощи. Любой риск значительно повышает стоимость страховки, делая ее недоступной для клиента. В рамках системы частного страхования действует механизм «управления отказами» [16]. Специальные отделы страховых компаний анализируют истории болезней пациентов для выявления заболеваний, не указанных при оформлении страхового полиса, для отказа в последующих выплатах по страховке. На данные процедуры страховые компании тратят 15% своего бюджета. С 2006 г. увеличилось количество отказов в предоставлении ЛС по страховке, которое превысило 30% (в связи с несоответствием страховой программе пациента).

В 2010 г. затраты на лечение СД в США составили 194 млрд долл. США (7% от общих затрат на здравоохранение), а в связи с неуклонно растущей распространенностью СД эта цифра к 2020 г. будет составлять уже 500 млрд долл. США. Ежегодные затраты на 1 пациента с осложнениями СД составляют 20 700 долл. США, что в 3 раза выше, чем у пациентов без осложнений. Данная тенденция обусловлена отсутствием профилактических мероприятий в рамках программ частного страхования. В США у 6,5 млн человек СД не диагностирован, так как в среднем диагноз устанавливается через 4–7 лет после дебюта заболевания. Целевые значения показателей углеводного обмена (HbA1c) не достигнуты у 51% пациентов трудоспособного возраста и у 38% пациентов старше 65 лет. Страховые программы часто не охватывают лечение диабета на ранних стадиях, но покрывают расходы на ампутацию нижних конечностей, что является следствием неадекватного и несвоевременного лечения. Таким образом, США занимают лидирующее место по ампутациям нижних конечностей по странам ОЭСР – 15 ампутаций на 100 тыс. человек [14].

Итак, США – это страна с самой дорогой системой здравоохранения, организация которой при этом не гарантирует пациентам своевременной диагностики, профилактики и адекватной медицинской помощи, а также лекарственного обеспечения, несмотря на высочайшую техническую оснащенность, что привело к высокой распространенности и уровню осложнений СД. ВОЗ в 2000 г. в рейтинге систем здравоохранения из 191 страны мира поставило США на 1-е место среди самых затратных систем здравоохранения, на 37-е место по уровню оказания медицинской помощи и лишь на 72-е по общему уровню здоровья.

Франция

Система здравоохранения Франции, по мнению большинства сравнительных исследований, получает высший или один из высших баллов, а в рейтинге ВОЗ, 2000 г., занимает 1-е место. По объему затрат здравоохранение во Франции занимает 3-е место в мире после США и Швейцарии и составляет 11% ВВП.

Во Франции действует национальная система медицинского страхования (модель Бисмарка), являющая частью обязательного социального обеспечения. Данная система обеспечивает всеобщее медицинское

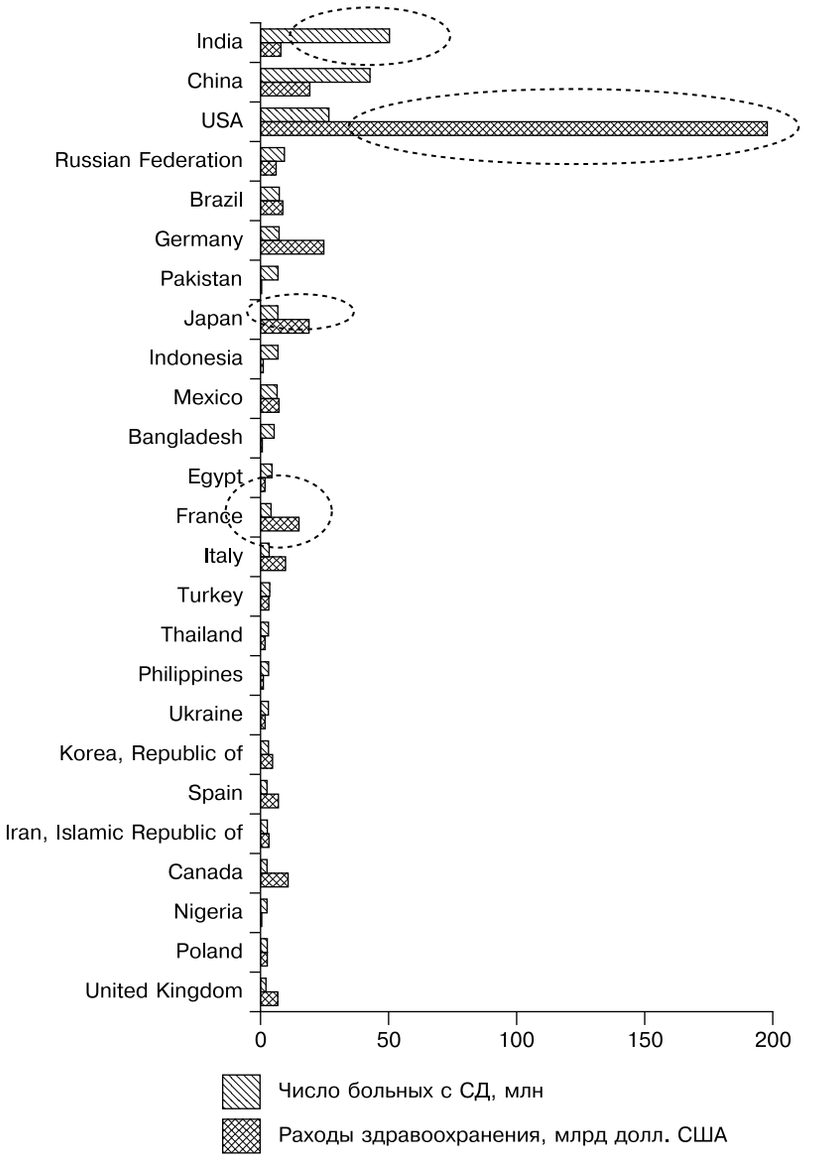

Рис. 4. Расходы здравоохранения на СД и число людей с СД в 25 странах с наибольшим количеством больных СД в 2010 г.

страхование. ОМС охвачено до 99,8% населения. Достигается это за счет разделения финансовой ответственности между государством и потребителем. Базовый уровень всеобщего обязательного медицинского страхования достигается через систему страховых фондов, которые являются частными компаниями, при этом жестко контролируются государством. Соотношение государственного и частного секторов медицинского страхования на 2010 г. во Франции составляет 79 к 21%. Степень охвата населения страхованием свидетельствует о доступности медицинской помощи для населения. Во Франции применяются иные механизмы возмещения затрат пациенту: больной сначала непосредственно оплачивает медицинские услуги, а потом получает частичное возмещение затрат через систему ОМС (75%) [15].

В среднем французы тратят 20% от своих доходов на здравоохранение, что составляет 2500 € в год. Тем не менее это в 2,5 раза меньше, чем в США, но больше, чем в большинстве стран с государственным здравоохранением.

Особо стоит отметить, что французы традиционно занимают лидирующие позиции по объему потребляемых лекарственных средств. Франция является третьим по величине в мире фармацевтическим рынком. Цены на медикаменты, входящие в утвержденный перечень ОМС, как и в большинстве стран ОЭСР, устанавливаются в административном порядке. Для пациентов с СД страховка покрывает 100% стоимость лекарств, обследований, необходимого медицинского контроля различными специалистами.

Однако до 13% услуг пациенты оплачивают из личного бюджета, что вызвано разницей в цене между частным счетом и тарифом, оплачиваемым по страховке. В затраты пациентов с СД можно также отнести приобретение более 200 тест-полосок в год (кроме пациентов на инсулинотерапии).

По данным на 2012 г., во Франции отмечается около 3,5 млн пациентов с СД (7,85% населения) и у 12 млн пациентов (13,34% населения) выявлено нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). То есть, мы наблюдаем высокий процент диагностированной НТГ, еще не являющейся СД, по сравнению с США (11,04%). При этом число случаев смерти, связанных с СД среди взрослого населения, составило 24 126, что невероятно ниже, чем в США (183 633). Что касается осложнений, связанных с диабетом, то более 13% пациентов во Франции с СД 2-го типа страдают от ИБС и у 4% произошел инсульт (Ле Флок и соавт., 2000.), 6% страдают от нефропатии и 29% от невропатии, в то время как примерно 33,5% страдают от ретинопатии [17]. Ампутации при СД во Франции составляют 12,6 на 100 тыс. населения, что выше среднего по ОЭСР – 9,9, однако намного ниже, чем в США.

Во Франции в 2010 г. общая сумма прямых расходов на СД составила 12,9 млрд. €. Эта сумма включала госпитальные расходы – 37,2% (4,9 млрд €), амбулаторные расходы (без учета лекарств) – 36% (4,6 млрд €) и лекарства – 26,8% (3,5 млрд €). При анализе общих затрат на 1 пациента с СД 2-го типа было потрачено 4890 €. Расходы на пациентов с СД 2-го типа, получавших инсулин (10 413 €), были почти в 3 раза выше, чем на пациентов, принимающих пероральные сахароснижающие препараты (€ 3625). Годовые затраты на одного амбулаторного пациента с СД 2-го типа составили 3180 €, на больного СД 2-го типа, находящегося на инсулинотерапии – 6546 €. Годовые стационарные затраты на одного пациента с СД 2-го типа составляют € 1710: на инсулине – € 3866, без инсулина – € 1216 [17].

Таким образом, несмотря на определенные проблемы, систему здравоохранения Франции можно признать одной из наиболее эффективных, что, вероятно, обусловлено, с одной стороны, всеобщим охва-

том медицинской помощью, что делает ее доступной для пациента, а с другой – долевым участием пациентов в оплате медицинской помощи, что позволяет избегать избыточного пользования медицинскими услугами и формирования долгосрочных «листов ожидания». Это дает возможность выделять ресурсы на профилактику, своевременное и в необходимом объеме лекарственное обеспечение, что ведет к более низким цифрам осложнений и смертности от СД. Все пробелы социального страхования на сегодняшний день заполняет частное, что дает гражданам Франции необходимый выбор и учет индивидуальных потребностей в здравоохранении.

Япония

Япония является государством с наибольшим количеством пожилых людей, доля людей старше 60 лет в 2008 г. составляла 29%, и с каждым годом эта цифра растет. В Японии наблюдается самая высокая продолжительность жизни, которая составляет 79 лет у мужчин и 86 лет у женщин, что на 1 год в каждой категории больше, чем во Франции, и на 3 и 5 лет соответственно больше, чем с США. По некоторым оценкам, до 90% роста затрат на здравоохранение связано с обслуживанием лиц пожилого возраста. Ожидается, что к 2050 г. численность трудоспособного населения Японии сократится до 35 млн, а пенсионеры составят до 35% жителей страны.

В сравнении с другими странами ОЭСР в Японии отмечены наименьшие затраты на здравоохранение (2878 долл. США на душу населения, 8,5% ВВП). По организации системы здравоохранения Япония наиболее приближена к США и обладает схожим потенциалом в области высоких технологий. Однако за 30 лет в Японии рост затрат на здравоохранение составил 2% от ВВП, в США за аналогичный период времени рост затрат составил 8%. В отличие от США, в Японии нет стремления уменьшить затраты на здравоохранение путем ограничения доступа к медицинским услугам, также происходит четкое регулирование цен на медицинские услуги. Каждые 2 года комитет экспертов анализирует максимальные цены на услуги здравоохранения и поддерживает показатели в рамках целевых значений. При этом в Японии – наибольшая продолжительность жизни и одни из наилучших показателей по целому ряду заболеваний, в том числе и диабету.

В Японии действует система всеобщего обязательного страхования, преимущественно по месту работы. Она включает около 2000 частных и более 3000 государственных страховых компаний и предлагает страхование по четырем программам в зависимости от размера компании. Безработные получают отчисления с предыдущих мест работы, при этом не совершая взносов из личного бюджета.

Население, участвующее в представленных программах, имеет значительные льготы, которые покрывают не только услуги специалистов, госпитальную и стоматологическую помощь, уход при беременности, лекарственное обеспечение, но даже некоторые виды транспортных расходов. Ограничений по выбору стационара и обслуживающих специалистов страхование не предусматривает. В основе сдерживания роста расходов на здравоохранение преобладает компетентное управление системой здравоохранения и долевое участие пациентов. Пациент для получения большинства услуг участвует в их оплате: сумма взноса составляет от 10 до 30%. Платежи граждан Японии составляют где-то около 17% от всех расходов на здравоохранение.

Большинство клиник и больниц в Японии являются частными, однако тарифы на услуги определяются властями, поэтому для пациентов никакой разницы между частной и государственной клиникой нет. Государство также устанавливает гонорар медицинских работников, цены на лекарства по рецептам. Размеры компенсации учреждениям устанавливаются в рамках единого бюджета расходов на здравоохранение, однако внутреннее распределение средств в рамках бюджета может варьировать [15].

В Японии диабетом страдают более 7 млн взрослого населения, что составляет 5,12% – цифра, соотносимая с таковой во Франции (5,62%) и значительно более низкая, чем в США (9,35%).

В Японии приходится ампутаций 9,7 на 100 тыс. человек, средний показатель по странам ОЭСР составляет 15, в США – 32,9. Также зафиксированы достаточно низкие цифры и других осложнений СД [14]. Несмотря на низкие по сравнению с другими развитыми странами финансовые затраты, Япония является страной с высокими показателями эффективности здравоохранения.

Таким образом, СД является многофакторным заболеванием, на распространенность которого и возрастную структуру заболеваемости, а также развитие осложнений влияют социально-демографические, экономические факторы и эффективность систем здравоохранения. Среди анализируемых моделей оказания медицинской помощи больным с СД в странах с высоким уровнем экономического развития можно наблюдать модели оказания медицинской помощи больным СД с высокими расходами и низкой эффективностью (США), с высокими расходами и высокой эффективностью (Франция), а также с низкими расходами и высокой эффективностью (Япония), где низкие показатели расходов здравоохранения (% от ВВП, расход здравоохранения на душу населения) сочетается с высокими индикаторами показателей управления СД. Организация медико-социальной помощи на всех этапах, начиная со скрининга, профилактики, лечения и заканчивая реабилитационным процессом, позволит выйти на высокие показатели эффективности лечебно-профилактических мер у такой сложной и многочисленной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. IDF Diabetes Atlas, 5th ed., 2011
2. *Sicree R., Shaw J., Zimmet P.* The Global Burden. Diabetes and Impaired Glucose Tolerance// IDF Diabetes Atlas fourth // www.idf.org/sites/default/files/The_Global_Burden.pdf
3. Глобальное резюме для Всемирного дня здоровья 2012 г. // WHO/DCO/WHD/2012.2// http://www.who.int/world_health_day/2012
4. *Дедов И.И.* Сахарный диабет – опаснейший вызов мировому сообществу. Вестник РАМН. 2012; 1: 7–13.
5. Older people with type 2 diabetes. European challenges and the need for improved care // Institute of Diabetes for Older People,

2011//http://instituteofdiabetes.org/wp-content/uploads/2013/03/IDOP-Need-for-Care-050313.pdf
6. *Кудрин А., Гурвич Е.* Старение населения и угроза бюджетного кризиса. Вопросы экономики. 2012; 3: 52–79.
7. Старение в XXI веке: триумф и вызов //Фонд Организации Объединенных Наций в области Народонаселения, 2012 // http://www.unfpa.org.ua/files/articles/1/97/UNFPA%20Ageing%20Report%202012%20-%20Exec%20Summary%20%28RU%29.pdf
8. *Siraj M.A.T.* Global epidemic of diabetes. Nishtar Med. J. 2010; 2(2): 56–60.
9. *Zhang P.* et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res. clin. pract. 2010; 87: 293–301
10. *Абашидзе А.Х., Маличенко В.С.* Обеспечение доступа к лекарственным средствам в условиях развития механизмов защиты прав интеллектуальной собственности. Современное право. 2013; 7: 155.
11. Доклад Целевой группы по оценке прогресса в достижении ЦРТ. ООН; 2012.
12. The World Bank (2012) The World Bank-data/ Availible: http://data.worldbank.org/.Accessed5Fabruary2012
13. *Зевелева Г.Н.* Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992–2012 гг.: борьба за реформы. М.: ИМЭМО РАН, 2012.
14. Официальный сайт ОЭСР // http://oecdru.org/oecd_rf.html
15. *Таннер М.* Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // http://www.inliberty.ru/library/study/1392
16. *Кругман П.* Охрана здоровья как императив. Экология и жизнь. 2010; 6(103): 85–8. // http://www.ecolife.ru/anna/krugman.pdf
17. *Kanavos P.,* van den Aardweg *S.,* Schurer W. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries. London: LSE Health, London School of Economics. 2012: 113.

REFERENCES

1. IDF Diabetes Atlas, 5th ed., 2011.
2. *Sicree R., Shaw J., Zimmet P.* The Global Burden. Diabetes and Impaired Glucose Tolerance // IDF Diabetes Atlas fourth // www.idf.org/sites/default/files/The_Global_Burden.pdf.
3. Global Summary for World Health Day 2012. // WHO/DCO/WHD/2012.2// http://www.who.int/world_health_day/2012 (in Russian).
4. *Dedov I.I.* Diabetes – the most dangerous challenge to the world community. Vestnik RAMN. 2012; 1: 7–13 (in Russian).
5. Older people with type 2 diabetes. European challenges and the need for improved care. // Institute of Diabetes for Older People, 2011 // http://instituteofdiabetes.org/wp-content/uploads/2013/03/IDOP-Need-for-Care-050313.pdf (in Russian).
6. *Kudrin, A., Gurvich E.* The aging of the population and the threat of a budget crisis. Voprosi economiki. 2012; 3: 52–79 (in Russian).
7. Aging in the XXI century: the triumph and the call // United Nations Fund for Population, 2012 // http://www.unfpa.org.ua/files/articles/1/97/UNFPA%20Ageing%20Report%202012%20-%20Exec%20Summary%20%28RU%29.pdf (in Russian).
8. *Siraj M.A.T.* Global epidemic of diabetes. Nishtar Med. J. 2010; 2(2): 56–60.
9. *Zhang P.* et all Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res. Clin. Pract. 2010; 87: 293–301.
10. *Abashidze A.H. Malichenko V.S* Ensuring access to medicines during the development of intellectual property rights protection mechanisms. Sovremennoe pravo. 2013; 7: 155 (in Russian).
11. Report of the Task Force on progress in meeting the MDGs, United Nations, 2012 (in Russian).
12. The World Bank (2012) The World Bank-data / Availible: http://data.worldbank.org/.Accessed5Fabruary2012
13. *Zeveleva G.N.* State Health Policy in the United States in the years 1992–2012: The struggle for reform. // M. IMEMO, 2012 (in Russian).
14. Official site of the OECD // http://oecdru.org/oecd_rf.html (in Russian).
15. *Tanner M.,* A comparative analysis of health care systems in different countries // http://www.inliberty.ru/library/study/1392
16. *Krugman P.* Health as an imperative. Ecologia i gizn. 2010; 6(103): 85–8. // http://www.ecolife.ru/anna/krugman.pdf
17. *Kanavos P., van den Aardweg S., Schurer W.* Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries. London: LSE Health, London School of Economics. 2012: 113.

Поступила 06.08.13

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ РАБОТНИКУ

© А.Ю. ЧЕРНИКОВ, Л.Г. ЗЕМЛЯНСКИХ, 2013

УДК 616.24–002.182:614.253.8]:374

А.Ю. Черников, Л.Г. Землянских

ШКОЛА БОЛЬНОГО САРКОИДОЗОМ КАК ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, г. Курск

С целью изучения опыта и эффективности работы школы больного саркоидозом в Курске были выделены две группы: 124 человека, посещавших занятия школы, и 52 пациента, которые отказались посещать занятия. Образовательная программа включала в себя следующий план занятий: 1) врачом объяснялись механизмы развития саркоидоза, а также возможные причины и предвестники рецидива болезни; 2) пациенту объяснялись методы лечения, причины безмедикаментозной тактики; 3) проводилось обучение методам самовнушения, диетотерапии, дыхательной гимнастики, лечебной физкультуры. Установлено, что проведение обучающих программ в школе больного саркоидозом достоверно способствует улучшению общего самочувствия, повышению тренированности организма и качества жизни пациента, снижению тревоги и дыхательной недостаточности, более быстрому восстановлению трудоспособности. Повышения эффективности основной терапии и снижения количества рецидивов при проведении обучающей программы не установлено.

Ключевые слова: *саркоидоз, обучающая программа.*