

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ РЕАМБЕРИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В.П. Сухоруков, Н.К. Мазина, С.В. Иванов, А.А. Соболев

*Кировская государственная медицинская академия
Областной эндокринологический диспансер, г. Киров*

У больных сахарным диабетом (СД) развиваются серьезные и дорогостоящие осложнения, такие как патология сердца, почечная недостаточность, слепота и поражение стоп. Диабетическая стопа в этом перечне осложнений занимает лидирующие позиции, так как 40-70% всех ампутаций нижних конечностей (НК) связано с СД. При исследованиях, проведенных в ряде крупных государственных клиник, было выявлено, что для 3-4% больных СД требуется 12-15% ресурсов здравоохранения.

Синдром диабетической стопы (СДС) – серьезная экономическая проблема, особенно если ампутации (А) приводят к длительной госпитализации, реабилитации и дополнительным расходам, связанным с домашним уходом и социальным обслуживанием. Прямая цена А, связанной с СДС, составляет 30000-60000 долларов США (Международное соглашение по диабетической стопе, 2000).

Цель исследования. Оценка возможностей влияния реамберина (Р) – препарата антигипоксического, энергопродуцирующего действия на некоторые фармакоэкономические параметры лечения сосудистых и гнойнонекротических поражений нижних конечностей (НК) при СД.

Материалы и методы. В клиникоэкономическом исследовании участвовали 173 больных СД 1 и 2 типа с сопутствующими метаболическими нарушениями. Из них у 65 пациентов выявили СДС, у 108 пациентов – диабетическую макроангиопатию нижних конечностей (ДМНК). В составе препаратов традиционной практики (ПТП) в начале лечения 15 больных СДС (группа РСДС) получали дополнительно по 10 внутривенных инъекций Р (приращение затрат на медикаменты составило 1000 рублей на одного больного), 32 больных ДМНК (группа РДМНК) – по 5 инъекций (приращение затрат 500 рублей). В расчетах использовали общую стоимость сложной медицинской услуги (в том числе медикаментов) в виде койкодней, проведенных в стационаре эндокринологического центра. Прогностические затраты за год вычисляли по общей среднегодовой численности больных СД с поражениями НК в виде СДС и ДМНК, пролечившихся в эндокринологическом центре. В качестве количественных критериев ранних проявлений клинической эффективности схем фармакотерапии в группах сравнения использовали частоты исчезновения болевого синдрома и увеличения дистанции ходьбы более чем в 1,5 раза на 4 сутки после начала лечения.

Результаты. Дополнительное введение Р с энерготропным, антигипоксическим и антиоксидантным типом действия в схемы ПТП при лечении больных СД с

проявлениями СДС и ДМНК существенно улучшало клинические показатели. На 4 сутки болевой синдром полностью купировался у всех больных группы РСДС и РДМНК и у 3540% в группах ПТП. Дистанция ходьбы до возникновения болевых ощущений краткие сообщения увеличивалась более чем в 3 раза у 88% больных групп РСДС и РДМНК и в 1,2-1,8 раза у 35% больных, получавших только ПТП (уровень значимости различий в группах сравнения по тесту χ^2 , $p = 0,000\dots$). Сроки пребывания в стационаре при этом сократились у больных с СДС в среднем с 36 до 30 суток ($p = 0,01$), у больных с ДМНК – с 21 до 18 суток ($p = 0,04$). Экономия средств в группе РСДС составила 5010 рублей на курс лечения 1 больного, в том числе затрат на медикаменты 3390 рублей. У больных группы РДМНК – 846 рублей, в том числе на медикаменты – 36 рублей. Использование Р у больных с СДС позволило бы ежегодно сэкономить эндокринологическому центру 225570 рублей общих затрат на сложную медицинскую услугу в виде койкодней, в том числе на медикаменты – 163620 рублей. У больных с ДМНК ежегодная экономия от введения Р в схему ПТП могла бы составить 204732 рубля, в том числе на медикаменты – 8712 рублей. В целом, дополнительное использование Р позволило бы ежегодно сокращать пребывание больных СД с СДС на 648 койкодней, а больных с ДМНК – на 726 койкодней.

Заключение. Использование энерготропного препарата Р в схемах ПТП при лечении диабетических поражений НК клинически эффективно и позволяет экономить значительные средства пациентов и лечебного учреждения. Затраты на дополнительное приобретение Р перекрываются уменьшением затрат на курсовое лечение за счет сокращения времени пребывания в стационаре.