

Анализ типичной практики ведения пациентов с сахарным диабетом 2 типа на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи

¹Сапожникова И.Е., ¹Тарловская Е.И., ²Авксентьева М.В., ¹Санатова А.В.

¹ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров
(ректор – д.м.н., проф. И.В. Шешунов)

²НИИ клинко-экономической экспертизы и фармакоэкономики, Москва
(директор – д.м.н., проф. В.В. Омеляновский)

Цель. Анализ типичной практики ведения пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Анализ 211 амбулаторных карт пациентов из 7 поликлиник областного центра, регулярно обращающихся за амбулаторной помощью в течение 2009 г. Проведены VEN-, ABC- и частотный анализы.

Результаты. Доля лекарственных средств (ЛС), доказано улучшающих прогноз, существенно не отличается от рекомендуемой. Основные прямые затраты пришлось на сахароснижающие, гипотензивные, липидснижающие препараты (группа V). Недорогие ЛС с недоказанной эффективностью (группа N) назначались чаще, чем препараты, улучшающие качество жизни (группа E). Недостаточно частое исследование гликированного гемоглобина затрудняло оценку результатов сахароснижающей терапии. При увеличении числа лиц с положительной динамикой результатов гипотензивной терапии целевое АД не достигнуто у 2/3 пациентов, по данным «офисного» измерения. Частота назначения статинов, увеличиваясь в течение года, оставалась недостаточной; редкая оценка уровня ЛПНП затрудняла оценку адекватности статинотерапии.

Заключение. Структура медикаментозного лечения достаточно адекватна, однако цели многофакторной терапии не достигнуты у значительной части пациентов, что может объясняться особенностями патогенеза заболевания, назначением неадекватных схем лечения и доз ЛС, недостаточным контролем терапии.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, клинко-экономический анализ, эффективность

Analysis of typical approaches to outpatient management of type 2 diabetes mellitus

¹Sapozhnikova I.E., ¹Tarlovskaia E.I., ²Avksent'eva M.V., ¹Sanatova A.V.

¹Kirov State Medical Academy, Kirov, Russian Federation

²Research Institute of Clinical and Economical Expertise and Pharmacoeconomics, Moscow, Russian Federation

Aim. To analyze typical outpatient management approaches to type 2 diabetes mellitus (T2DM).

Materials and Methods. We analyzed 211 files from 7 outpatient clinics, containing case records of patients, regularly examined during 2009. VEN, ABC- and frequency analyses were conducted.

Results. Prescription percentage for medications with proved prognosis improvement did not substantially differ from recommended level. Main direct expenditures were related to antihyperglycemic, antihypertensive and hypolipidemic agents (class V). Inexpensive medications without proven efficiency (class N) were prescribed more frequently than those with capacity to improve quality of life (class E). Testing for HbA_{1c} level was found to be of inadequate frequency and thus complicated assessment of antihyperglycemic treatment efficacy. Number of patients with improvement in arterial hypertension showed an increase, but treatment goals were not achieved in 2/3 of patients (according to office measurement). Prescription frequency of statins, though growing in the course of year, remained insufficient; rare testing for LDL complicated assessment of hypolipidemic treatment adequacy.

Conclusion. Structure of pharmacological treatment is fairly adequate, but goals of multifactor therapy are not achieved in a significant percentage of patients, which may be explained by peculiarities of diabetes pathogenesis, prescription of inadequate treatment regimens and doses and insufficient dynamic control.

Key words: diabetes mellitus type 2, clinico-economical analysis, efficacy

Сахарный диабет 2 типа (СД2) характеризуют быстрый рост заболеваемости [1] и высокая частота осложнений [2]. Улучшить исходы лечения позволяет многофакторный терапевтический подход, направленный на коррекцию гипергликемии, артериальной гипертензии (АГ) и дислипидемии (ДЛП) [3]; наиболее

сложным является достижение целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA_{1c}). В течение последнего десятилетия интерес к проблемам экономической оценки эффективности лечения проявляют организаторы здравоохранения и клиницисты [4]. Это обусловлено появлением новых медицинских технологий и лекарственных

средств (ЛС), повышением стоимости медицинской помощи при ограниченности финансирования здравоохранения. Клинико-экономические показатели помогают врачу выбрать более приемлемый вид терапии, а системе здравоохранения – оптимально распределить ограниченные ресурсы [4]. Одной из важных задач клинико-экономического анализа является оценка существующей, рутинной практики для определения в дальнейшем путей оптимизации оказания медицинской помощи. Несмотря на большую социальную значимость СД2, исследований по оценке клинико-экономических аспектов ведения больных в реальной практике здравоохранения России мало, что и определило актуальность исследования.

Цель исследования: анализ типичной практики ведения пациентов с СД2 на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

Материалы и методы

Проанализировано 211 амбулаторных карт из 7 поликлиник областного центра (г. Киров). Критерии включения: СД2, диагностированный не позднее 2008 г.; не менее 6 обращений за амбулаторной помощью по поводу СД в 2009 г. (средняя частота амбулаторных осмотров пациентов с СД составляет 12 в год [5]); для условий реальной практики использован коэффициент 0,5); отчетливые записи о назначенном лечении с указанием названий и доз препаратов. Оценивалась клиническая и лабораторная динамика, изменения терапии в течение 1 календарного года (с 01.01.2009 по 31.12.2009). Проведены VEN- (экспертным методом), АВС- и частотный анализы [4]. В соответствии с VEN-анализом ЛС относятся к группам V (vital) – жизненно-необходимые, E (essential) – важные, N (non-essential) – несущественные. В категорию V отнесены ЛС, воздействующие на патогенетические механизмы заболевания, жизненно важные, необходимые для спасения и поддержания жизни: сахароснижающие препараты (ССП), антигипертензивные препараты (АГП), липидоснижающие ЛС, антитромботические препараты (ацетилсалициловая кислота (АСК), варфарин по показаниям); антибактериальные ЛС по показаниям; назначенные по показаниям петлевые диуретики, антагонисты альдостерона, антиаритмические средства, препараты левотироксина. В группу E определены препараты, улучшающие качество жизни (КЖ), и ЛС для лечения сопутствующих заболеваний (например, нитраты, β_2 -адреномиметики, нестероидные противовоспалительные препараты (НЛП), ингаляционные глюкокортикоиды и т.п.). В группу «N» включались ЛС, не имеющие отчетливой доказательной базы; ЛС, применение которых при данной патологии не оправдано.

Для расчета расходов на амбулаторное лечение, согласно отраслевому стандарту «Клинико-экономических исследований» [4], использованы средние розничные цены на препараты в аптечной сети (6 произвольно выбранных аптек различной формы собственности), расценки на платные медицинские услуги (врачебные консультации и проводимые диагностические меро-

приятия). Выбор цен на платные медицинские услуги в качестве источника информации о затратах обусловлен тем, что тарифов на отдельные медицинские услуги в здравоохранении нет, оплата производится по агрегированному показателю – посещение; расценки на платные услуги ближе к истинным затратам медицинского учреждения, в то время как тарифы бюджетно-страховой системы занижены.

Статистическая обработка данных

Данные в тексте и таблицах представлены в виде Me [25; 75], где Me – медиана; 25-й и 75-й процентиля. Для оценки значимости различий распространенности применялся метод Хи-квадрат (%) с поправкой Йетса. Для сравнения количественных параметров в динамике использован критерий Вилкоксона. За критический уровень значимости p при проверке гипотез принят 0,05. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ MS EXCEL, BIOSTAT 4.03 и STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение

Исходная клиническая характеристика пациентов, амбулаторные карты которых были включены в анализ, представлена в таблице 1. Пациенты преимущественно пенсионного возраста, что типично для СД2 [6], почти в 2/3 случаев – инвалиды, т.е. относились к лицам, достаточно активно посещающим амбулаторно-поликлинические учреждения по месту жительства. Почти 80% пациентов имели диагностированные осложнения СД, среднее количество осложнений у одного пациента было небольшим (табл. 2).

Результаты АВС-анализа: в группу А (более дорогостоящие препараты, на которые приходится 80% затрат) вошло 15,3% (49 из 320) ЛС, что соответствует рекомендованному нормативу (не более 20%) [7]. Большинство ЛС группы А – 45 из 49 (89,8%) – относились к группе V; 2 (4,1%) – к группе E; 2 (2 лекарственных формы препарата α -липовоевой кислоты) – к группе N, т.е. основные

Таблица 1

Клиническая характеристика лиц с СД2, Me [25; 75]; n (%)	
Параметр	
Возраст, годы	64 [57; 71]
Мужчины/женщины	26,1 (73,9)
Пациенты, имеющие инвалидность	129 (61,1)
Пациенты, имеющие инвалидность 1-й группы	2 (1,6)
Пациенты, имеющие инвалидность 2-й группы	63 (48,8)
Пациенты, имеющие инвалидность 3-й группы	64 (49,6)
Пациенты с гипертонической болезнью	199 (94,3)
Пациенты с диагностированными осложнениями СД	165 (78,2)
Количество установленных осложнений на 1 пациента	1 [1;2]
Количество ССП на 1 пациента	2 [1;2]
Кол-во гипотензивных препаратов на 1 пациента с АГ	2 [1;2]

Таблица 2

Частота хронических осложнений у обследованных пациентов с СД2, n (%)	
Осложнение	Частота
Диабетическая ретинопатия (ДР), всего	67 (31,8)
ДР, непролиферативная стадия	63 (28,9)
ДР, препролиферативная стадия	4 (1,9)
ДР, пролиферативная стадия	0
Диабетическая нефропатия (ДНФ)	11 (5,2)
ДНФ в стадии микроальбуминурии	9 (4,3)
ДНФ в стадии протеинурии с сохраненной азотвыделительной функцией почек	2 (1)
Диабетическая полинейропатия	143 (67,8)
Ишемическая болезнь сердца	52 (24,6)
Стенокардия напряжения	37 (17,5)
Постинфарктный кардиосклероз	15 (7,1)
ОНМК в анамнезе	6 (2,8)
Макроангиопатия нижних конечностей	30 (14,2)
Церебральный атеросклероз	53 (25,2)

затраты приходились на препараты, доказано влияющие на прогноз. Это является обоснованным, поскольку пациентам с СД2 необходим постоянный прием достаточно большого количества ЛС [3], на которые и должна приходиться основная часть затрат. Из 49 препаратов, относящихся к группе А, 11 (22,5%) были препаратами инсулинов, в том числе 8 пенфильных (4 – аналоги инсулина). В группу А вошли 8 пероральных ССП (ПССП): 3 препарата метформина: Глюкофаж 1000 мг (оригинальный) и Сиофор 1000 и 500 мг (качественный генерический); 3 препарата сульфамочевины (ПСМ): Диабетон МВ и Амарил 2 мг (оригинальные), Манинил 3,5 мг (качественный генерический); Новонорм 1 мг; Глибомет. В группу А вошли 8 препаратов статинов (все генерические): симвастатина 20 мг и аторвастатина 10 и 20 мг; 17 гипотензивных препаратов: 8 оригинальных – периндоприл, индапамид-ретард, периндоприл+индапамид, бисопролол, метопролола сукцинат; генерические препараты лизиноприла, метопролола тартрата; 1 оригинальный препарат АСК (75 мг).

В группу В (следующие 15% затрат) вошли 24,7% ЛС (79 из 320), что также не превысило рекомендуемый норматив (30%) [7], в том числе 66 (83,6%) группы V: 4 препарата инсулинов (3 выпускаемых во флаконах); 8 ПССП (ПСМ, метформин, оригинальная комбинация микро-низированного глибенкламида и метформина), 4 препарата статинов: 2 генерических, Крестор в 2 дозировках (назначался всего 2 пациентам, но имеет достаточно высокую стоимость). В группу вошли 4 (5,1%) препарата группы Е и 9 (11,4%) препаратов группы N, хотя наличие последних среди ЛС группы В нецелесообразно.

В группу С (оставшиеся 5% затрат) вошло 60% ЛС (192 из 320) при рекомендуемом нормативе 50%, т.е. среди назначаемых ЛС преобладали дешевые генерические препараты. В данной группе 67 (34,9%) препаратов относились к группе V (в том числе 12 – антибиотики и фторхинолоны), 31 (16,1%) – к группе Е; почти половина препаратов (95 (49,5%)) имели недоказанную эффективность (группа N).

В целом распределение ЛС близко к рекомендованному, преобладание недорогих препаратов может объясняться приверженностью пациентов к системе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО).

Доля препаратов группы V составила 55,6% (178 из 320 препаратов, при рекомендованной частоте [7] не менее 60%), т.е. близка к рекомендованной. ЛС группы Е составили 13,8% (44 из 320) назначенных ЛС (ниже рекомендуемой – 30%). К группе N отнесены 98 из 320 ЛС (30,6%), что, напротив, превышает рекомендуемый норматив (не более 10%). Обращает внимание редкое назначение ЛС группы Е, по-видимому, за счет необоснованно частого применения ЛС с недоказанной эффективностью (N), нередко назначаемых не эндокринологами, в частности: «ангиопротекторов» – доксиум, вобэнзим, пентоксифиллин в различных лекарственных формах (последнее ЛС следует применять с осторожностью при ряде осложнений СД), актовегина, милдроната, «ноотропов» и препаратов, «улучшающих мозговое кровообращение» (фезам, пирацетам, луцетам, церебро, кавинтон, церебролизин, препараты гинкго билоба); биологически активных добавок (например, овесола, лютеин-комплекса, артрофоона, дерината и прочих); «хондропротекторов», «желчегонных» (например, карсила); «гепатопротекторов без доказательной базы и без четких показаний (например, эссливер, фосфоглив и др.); транквилизаторов; препаратов витаминов группы В, в том числе в водорастворимых формах. Также вызывает сомнения целесообразность выписывания физиологического раствора в емкостях различного объема. Оптимальным был бы отказ от назначения препаратов с недоказанной эффективностью. Затрачиваемые на них материальные ресурсы было бы целесообразно использовать на вмешательства, доказанно улучшающие прогноз (препараты из группы V, средства самоконтроля гликемии, обучение пациентов), а также на препараты, купирующие симптомы заболевания и улучшающие КЖ (группа Е).

Наибольшие прямые затраты пришлось на ССП (1 510 159 рублей, 35,7% общих затрат). Это может объясняться достаточно высокой стоимостью, в первую очередь, препаратов инсулинов (в частности пенфильных для шприц-ручек, а также аналогов инсулина). Тот факт, что наибольшие прямые затраты пришлось на ССП, следует признать обоснованным, поскольку коррекция гипергликемии с достижением целевого уровня HbA_{1c} – наиболее сложная проблема в комплексной терапии СД2 [8]. Зарубежными авторами сообщается [9], что наибольшие затраты приходятся на терапию осложнений СД и стационарное лечение. Достижение целевых уровней метаболических параметров существенно снижает риск развития осложнений [3, 8] и затраты на их лечение в будущем.

Второе место в структуре затрат пришлось на АГП, прямые затраты на которые составили 1 082 608 рублей (25,6% затрат). Это обосновано высокой распространенностью АГ среди пациентов с СД2, потребностью в комбинированной гипотензивной терапии у большин-

Таблица 3

Динамика терапии, клинических и лабораторных параметров в течение года, Ме [25; 75], n (%)

Параметр	Начало года	Конец года	P
Статинотерапия	64 (30,3)	104 (49,3)	0,000
Антитромботическая терапия	97 (46,9)	105 (50,7)	0,49
Комбинация статина и анти тромботического ЛС	44 (21,3)	66 (31,9)	0,019
Пациенты с гипертонической болезнью, достигшие целевого АД	31 (15,6)	64 (32,2)	0,000
Гипотензивная монотерапия	35 (17,6)	28 (14,1)	0,68
Двухкомпонентная АГП	118 (59,3)	94 (47,2)	0,021
Фиксированная комбинация АГП	26 (13,1)	36 (18,1)	0,21
Монотерапия ССП	96 (45,5)	76 (36)	0,06
Терапия метформином	106 (50,2)	125 (54,2)	0,078
Инсулинотерапия	50 (23,7)	61 (28,9)	0,27
Систолическое АД, мм рт. ст.	140 [140; 150]	140 [130; 150]	0,012
Диастолическое АД, мм рт. ст.	90 [80; 95]	90 [80; 90]	0,02
ЧСС, ударов в минуту	68 [64; 74]	68 [66; 71]	0,247
НЬА _{1с} , %	7,9 [7,1; 9,1]	7,9 [6,3; 10]	0,45
Гликемия «натощак», ммоль/л	7,6 [6,6; 9,3]	7,1 [6,0; 8,4]	0,027
Постприандиальная гликемия, ммоль/л	12,5 [9,6; 16,3]	10,2 [7,8; 11]	0,22
Креатинин крови, мкмоль/л	90 [78,4; 98]	86,3 [78; 90,4]	0,28
ОХС, ммоль/л	5,5 [4,9; 6,3]	5,3 [4,8; 6,1]	0,13

ства пациентов с использованием современных качественных АГП [3]. Качественная гипотензивная терапия уменьшает риск осложнений, в частности макроангиопатических, и материальные затраты на их терапию [9]. Показана экономическая обоснованность тщательного гипотензивного контроля у пациентов с СД2 [9].

Третье место в структуре затрат составила стоимость препаратов, снижающих риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО), максимальный у лиц с СД2. К группе отнесены статины и анти тромботические препараты, затраты на которые составили 516 805 рублей (12,2% общих затрат). Коррекция ДЛП у пациентов с СД2 снижает риск развития осложнений и имеет высокую клинико-экономическую эффективность [9]. В соответствии с Рекомендациями EASD/ESC [3], пациентам с СД2 статинотерапия показана при наличии сердечно-сосудистого заболе-

вания (ССЗ) независимо от исходного уровня ЛПНП, а также в случае, если общий холестерин (ОХС) превышает 3,5 ммоль/л (в возрасте 40 лет и старше). Среди обследованных пациентов у 200 выявлено не менее одного ССЗ, остальные 11 были старше 40 лет (ОХС определен у 8, во всех случаях превысил 4,5 ммоль/л), т.е. все пациенты расценены как имеющие показания к данной терапии. Пациенты, имевшие осложнения СД, ССЗ или их сочетание [3], расценивались как имеющие показания к приему анти тромботических ЛС (n=207). В течение года отмечено значимое увеличение числа пациентов, которым стала рекомендоваться статинотерапия и комбинация статина с дезагрегантом (табл. 3).

Общие затраты на ЛС группы V составили 3 113 982 рубля (73,6% общих затрат). Затраты на ЛС группы E составили 102 712 рублей (2,4% общих затрат,

Таблица 4

Результаты частотного анализа

№	МНН ЛС, форма выпуска	Торговое название ЛС	Дозировка (г, Ед)	Кол-во/доля пациентов
1	Гликлазид МВ, табл.	Диабетон МВ	0,03	80/37,9
2–3	Ацетилсалициловая кислота, табл.	Кардиомагнил	0,075	74/35,1
2–3	Метформин, табл.	Сиофор	1,0	74/35,1
4	Метформин, табл.	Глюкофаж	1,0	66/31,3
5	Индапамид, табл.	Индап	0,0025	59/28
6	Микронизированный глибенкламид, табл.	Манинил	0,0035	45/21,3
7	Аторвастатин, табл.	Аторис	0,01	34/16,1
8	Индапамид-ретард, табл.	Арифон-ретард	0,0015	33/15,6
9	Периндоприл, табл.	Престариум А	0,005	29/13,7
10–11	Симвастатин, табл.	Вазилип	0,02	26/12,3
10–11	Суспензия изофанного инсулина, флаконы 10,0	Протафан НМ	100 Ед в 1 мл	25/11,9
12–15	Ацетилсалициловая кислота, табл.	Аспирин	0,5	25/11,9
12–15	Индапамид, табл.	Индапамид	0,0025	25/11,9
12–15	Периндоприл, табл.	Престариум А	0,01	25/11,9
12–15	Ацетилсалициловая кислота, табл.	Тромбо-АСС	0,05	25/11,9

3% затрат на ЛС), группы N – 175 430 рублей (4,1% общих затрат, 5% затрат на ЛС). Таким образом, в целом структура затрат достаточно обоснована: наибольшие средства пришлось на ЛС для многофакторной терапии СД2. Стоимость обследований равнялась 416 125 рублям (9,8% затрат), врачебных осмотров – 424 755 рублям (10% затрат): затраты на обследования и консультации были примерно равны. Общие затраты составили 4 233 004 рубля.

Результаты частотного анализа ЛС представлены в таблице 4. Наиболее часто рекомендовавшиеся ЛС относились к ССП, АГП, статинам и антитромбоцитарным средствам, что является обоснованным. Имело место наличие среди наиболее часто используемых ЛС статинов в недостаточных дозировках (аторвастатин 10 мг), препаратов АСК в дозе 500 мг (увеличивает риск побочных эффектов) и 50 мг (учитывая ассоциацию СД2 с ожирением, доза недостаточна для большинства пациентов).

Достигнутые результаты лечения (табл. 3) при некоторых положительных тенденциях все же вызывают ряд вопросов. Исследование HbA_{1c} в течение года проведено всего 84 (39,8%) пациентам: однократно 76 (90,5% лиц, у которых исследован HbA_{1c}), двукратно – 8 (3,8% выборки) пациентам. Таким образом, у большинства пациентов сахароснижающая терапия (ССТ) адекватно не оценивается, коррекция нередко проводится на основании уровня гликемии (зачастую определяемого эпизодически) или не корректируется в течение длительного времени. Уровень HbA_{1c} <7,0% [9] в начале анализируемого года выявлен у 11 (5,2%) пациентов, дважды в течение года – у 1 (0,5%) пациента. Концентрация HbA_{1c} <7,0% во второй половине года зафиксирована у 9 (4,3%) пациентов (оценивался в динамике у одного). Все ССП при проведении клинико-экономического анализа отнесены к группе V, однако у значительной части пациентов затруднена оценка адекватности ССТ, т.е. формально верное назначение может не подходить конкретному пациенту. Так, достаточно часто назначалась патогенетически необоснованная [2, 3, 8] монотерапия ССП; при нецелесообразном HbA_{1c}, в том числе у пациентов, получавших монотерапию, ССТ не интенсифицировалась; средняя доза метформина составила 1000 [1000; 1500] (мг в сутки).

Целевым уровнем АД при анализе гипотензивной терапии считалось <140/90 мм рт. ст. и не ниже 120/70 мм рт. ст. (при ДНФ 120–130/70–80 мм рт. ст.) [10]. В течение года отмечен рост числа пациентов, достигших целевого уровня «офисного» АД (табл. 3), однако данный уровень АД не достигнут более чем у 2/3 пациентов. Причинами этого могут быть продолжение монотерапии, высокая частота назначения 2-компонентных комбинаций, редкое использование фиксированных комбинаций.

В ряде случаев ЛС назначались в низких дозах, рекомендовались дешевые генерические ЛС, то есть формально верно назначенная терапия не приводила к достижению целевого АД.

Недостаточно часто определялись параметры липидного спектра: ОХС хотя бы однократно в течение года определен у 167 (79,2%) пациентов, ОХС и триглицериды (ТГ) – у 26 (12,3%); ЛПНП – у 9 (4,27%) пациентов (целевой уровень выявлен у 2 пациентов).

Заключение

Цели терапии не достигнуты у значительной части пациентов при приемлемой структуре затрат, что может объясняться рядом моментов.

Многофакторный подход к терапии СД2 [3] привел к отнесению нами в группу V значительного количества ЛС. При СД2 существуют объективные сложности в достижении целей терапии [3], необходима своевременная интенсификация лечения [3, 8–10]. Увеличение количества ЛС повышает частоту пропусков; обоснованное применение фиксированных комбинаций могло бы способствовать улучшению результатов лечения. Недостаточная частота контроля лабораторных параметров (в частности, HbA_{1c}) препятствует адекватной коррекции терапии. По-видимому, оценка адекватности терапии должна учитывать результаты лечения (достижение целевых значений метаболических параметров не менее чем у 60% пациентов).

Кроме того, для достижения целей терапии заболевания велика роль немедикаментозных методов: результаты лечения улучшают изменение образа жизни, обучение и самоконтроль [3]. Наличие СД2 предполагает значительное изменение образа жизни. Особенности личности пациента и нарушенное «поведение в болезни» [11] уменьшают приверженность к терапии. Последнюю также снижают депрессивные расстройства (частота при СД в 2–3 раза выше, чем в популяции [12, 13]) и алекситимия (нарушение осознания и словесного выражения эмоций) [14].

Возможно, способом некоторого уменьшения напряженности проблемы могло бы стать информирование эндокринологов об особенностях личностно-психологических особенностей пациентов, методах их коррекции, а также способах снижения психологической нагрузки; более широкое включение в ведение пациентов психотерапевтов, увеличение времени, отводимого на пациента на амбулаторном приеме.

Авторы декларируют отсутствие двойственности (конфликта) интересов, связанных с рукописью.

Список литературы

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimated for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(5):1047–1053.
2. Дедов ИИ, Шестакова МВ. Сахарный диабет. М: Универсум Паблишинг; 2003. 282 с.
3. Rydén L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer MJ, Cosentino F, Jönsson B, Laakso M, Malmberg K, Priori S, Ostergren J, Tuomilehto J, Thrainsdóttir I, Vanhorebeek I, Stramba-Badiale M, Lindgren P, Qiao Q, Priori SG, Blanc JJ, Budaj A, Camm J, Dean V, Deckers J, Dickstein K,

- Lekakis J, McGregor K, Metra M, Morais J, Osterspey A, Tamargo J, Zamorano JL, Deckers JW, Bertrand M, Charbonnel B, Erdmann E, Ferrannini E, Flyvbjerg A, Gohlke H, Juanatey JR, Graham I, Monteiro PF, Parhofer K, Pyörälä K, Raz I, Scherthaner G, Volpe M, Wood D; Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2007 Jan; 28(1):88–136.
4. Воробьев ПА, Авксентьева МВ, Борисенко ОВ, Воробьев АИ, Вялков АИ, Лукьянцева ДВ, Сура МВ, Юрьев АС. Клинико-экономический анализ. М: Ньюдиамед; 2008. С. 74–81, С. 455–522, С. 699–724.
 5. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Выпуск 2. М: ГЭОТАР-Медиа; 2008. С. 1165–1172.
 6. Сунцов ЮИ, Дедов ИИ, Шестакова МВ. Скрининг осложненный сахарного диабета как метод оценки качества лечебной помощи больным. М; 2008.
 7. Галкин РА, Шпигель АС. Как разработать формуляр. Научные основы формулярной системы региона (руководство для врачей). М: Перспектива; 2001. С. 12–18.
 8. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией Дедова ИИ, Шестаковой МВ. М; 2009. С. 8–9.
 9. ESC Committee for Practice Guidelines of Cardiovascular Medicine. 2010. p.33–52.
 10. Nisson PM, Cifkova R, Kjeldsen SE. Treatment of hypertension in patients with type 2 diabetes mellitus. *European Society of Hypertension Scientific Newsletter: update on hypertension management*. 2010. 11: 1R.
 11. Суркова ЕВ. Значение некоторых психологических факторов в контроле и лечении сахарного диабета. *Проблемы эндокринологии*. 2004;50(4): 44–47.
 12. Смулевич АБ. Депрессии при соматических психических заболеваниях. М: «МИА»; 2003;2003. С. 149–151, 335–339.
 13. Дробижев МЮ, Захарчук ТА. Депрессии у больных сахарным диабетом (обзор литературы). Часть 1. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2006;8(4):16.
 14. Topsever P, Filiz TM, Salman S, Sengul A, Sarac E, Topalli R, Gorpelioglu S, Yilmaz T. Alexithymia in diabetes mellitus. *Scott Med J*. 2006 Aug;51(3):15–20.

Сапожникова Ирина Евгеньевна

к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии, ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров

E-mail: kgma@sapir.kirov.ru

Тарловская Екатерина Иосифовна

д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии, ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров

Авксентьева Мария Владимировна

д.м.н., зам. директора НИИ клинико-экономической экспертизы и фармакоэкономики, Москва

Санатова Анастасия Витальевна

ординатор кафедры госпитальной терапии, ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров