

своими собственными и внешними ресурсами, что и является основным мотивом участия в программах ППТ.

Тем не менее, результаты, полученные по настоящему исследовательскому фрагменту, свидетельствуют об устойчивой эффективности экспериментальной программы ППТ₃ в отношении качества жизни зависимых от опиоидов, находящихся в фазе становления ремиссии после прохождения стандартных курсов детоксикации.

2.7. Результаты, полученные по заключительному исследовательскому фрагменту, свидетельствуют о высокой экономической эффективности всех трех экспериментальных моделей противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов.

При этом необходимо отметить, что каждая из рассматриваемых форм наркологической помощи – полноценная стационарная МСР, амбулаторная

МСР, стандартная детоксикация, как и рассматриваемые экспериментальные программы ППТ, имеют свой, достаточно обособленный спектр показаний и клинической эффективности.

В данной связи, несмотря на то, что ППТ₂ в плане экономической эффективности выглядит более привлекательной, другие рассматриваемые модели ППТ₁ и ППТ₃, исключительно по экономическим аргументам, не должны сворачиваться.

Таким образом, по характеристикам клинической, психологической, социальной и экономической эффективности экспериментальные программы ППТ₁₋₃ доказывают основной тезис рабочей гипотезы о возможности эффективного преодоления адаптационного кризиса 1-го года полной абстиненции у зависимых от опиоидов, получавших стандартные формы наркологической помощи – амбулаторную и стационарную МСР, 10-15-дневные курсы детоксикации.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ПНП)

Е.В. Ережепов

При расчетах экономической эффективности экспериментальной программы ПНП мы исходили из следующего:

- среднее количество зависимых от опиоидов, фиксируемое по данным последних эпидемиологических исследований 2006 г., по Республике Казахстан составляет от 90 до 100 тыс.;
- среднее количество зависимых от опиоидов, которые могут быть охваченных программами первичной наркологической помощи (используются сведения по охвату данного контингента программами снижения вреда) – 40 тыс.;
- расчетное количество резидентов программ ПНП, направляемых на прохождение полноценной стационарной МСР ежегодно (в соответствии с результатами наших исследований) – не менее 10% охваченного контингента или 4000 тыс. пациентов;
- финансирование на 1 пациента, проходящего полный курс стационарной МСР (расчетный показатель 2009 года по РК) – 102671, 4 тыс. тенге;
- объем ВВП на душу населения в РК (показатель 2008 года) – 999925 тенге;
- показатель годовой ремиссии для пациентов, проходящих стационарную МСР без предва-

рительного этапа ПНП, по результатам нашего исследования – 15,6%;

- показатель годовой ремиссии для пациентов, проходящих стационарную МСР после предварительного этапа ПНП, по результатам настоящего исследования – 37,4%;
- дополнительных расходов на реализацию программы ПНП не потребуется, поскольку данные программы реализуются за счет перераспределения ресурсов амбулаторного звена наркологических организаций и кооперации с НПО, реализующими программы снижения вреда за счет средств Глобального Фонда борьбы с инфекционными заболеваниями и ВИЧ/СПИДом.

С использованием методологии расчет экономической эффективности экспериментальной программы ПНП будет следующим:

$$ЭПэф.стац. = \frac{4000 * (15,6\%) * 999925}{102671,2 * 4000} = 1,52$$

Данное соотношение означает, что на каждую денежную единицу, вложенную в реализацию полноценной стационарной реабилитации зависимых от опиоидов, будет получено 1,52 единицы прибыли, при условии показателя годовой ремиссии в 15,6%.

$$\text{ЭП}_{\text{эф.ПНП}} = \frac{4000 * (37,4\%) * 999925}{102671,2 * 4000} = 3,64$$

Данное соотношение означает, что с использованием на предварительном этапе программы первичной наркологической помощи (ПНП), на каждую денежную единицу, вложенную в реализацию стационарной МСР зависимых от опиоидов, будет получено 3,57 единиц прибыли при достижении показателя годовой ремиссии в 37,4%.

Истинный показатель эффективности экспериментальной программы ПНП, с учетом всего сказанного, будет составлять:

$$\text{ИЭП}_{\text{эф.ПНП}} = \text{ЭП}_{\text{эф.ПНП}} - \text{ЭП}_{\text{эф.стац.}} = 2,12$$

Т.е. чистая прибыль от внедрения этапа первичной наркологической помощи зависимым от опиоидов будет составлять 2,12 денежных единиц на каждую единицу вложений.

Показатель абсолютной стоимости пользы от внедрения ПНП, в соответствие с принятой методикой расчетов, будет составлять:

$$\text{АСП ПНП} = 4000 * 102671,2 * 2,12 = 870651776 \text{ тенге}$$

Таким образом, полномасштабное внедрение программы ПНП для зависимых от опиоидов в Республике Казахстан будет приносить ежегодную прибыль свыше 800 млн. тенге.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС

Ж.А. Надыркулов

г. Тараз

Выявление факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) – обязательный этап обследования больных стенокардией или лиц с подозрениями на неё. В диагностике сомнительных случаев выявление факторов риска ИБС помогает целенаправленное обследовать больных. При установленном диагнозе ИБС знание факторов риска помогает более точно определить индивидуальные патогенетические механизмы заболевания и прогноз, выработать конкретные лечебные и профилактические рекомендации.

Из 10 основных факторов риска ИБС половину составляют поведенческие (питание, физическая активность, социальная роль и др.), то есть полностью определяются образом жизни больного. Действие на больного остальных факторов (гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.) также может быть частично скорректировано путём изменения образа жизни.

Гиперхолестеринемия – наиболее важный фактор риска ИБС, непосредственно влияющий на формирование атеросклеротических бляшек в коронарных артериях. Распространение ИБС среди населения тесно взаимосвязано с гиперхолестеринемией. Нередко гиперхолестеринемия бывает единственным выявленным фактором риска у больных ИБС молодого возраста, особенно у женщин.

Оптимальным уровнем холестерина в сыворотке крови можно считать 5,17 ммоль/литр (200 мг/дл). Однако в связи с большим диапазоном индивидуальных колебаний, зависящих от возраста, рациона питания, этнической принадлежности и даже используемых лабораторных методик, гиперхолестеринемией можно считать лишь 6,7 ммоль/л (200 мг/дл) и более.

Артериальная гипертензия как важнейший фактор риска ИБС обычно служит проявлением гипертонической болезни и реже – симптоматической гипертонии. Если у взрослых артериальное давление (АД) удерживается при повторных измерениях на уровне 160/90 мм рт.ст. и выше, то необходимо исследовать функциональное состояние почек и других органов для выявления причин артериальной гипертензии.

АД тесно связано с питанием (привычное избыточное потребление поваренной соли), низкой физической активностью и ожирением. Повышение АД просто выявляется и сравнительно легко поддается коррекции, благодаря широкому спектру лекарственных препаратов и немедикаментозных воздействий.

Курение является важным фактором риска ИБС. Воздействие никотина и повышение в крови концентрации карбоксигемоглобина ускоряет развитие атеросклероза, а у лиц с уже имеющимся атеросклерозом способствует клиническим проявлениям ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда).

Низкая физическая активность является четвертым по значению фактором риска ИБС. Врач должен выяснить у пациента, сколько километров он проходит пешком в течение дня, связана ли его профессиональная деятельность с физическими нагрузками.

Избыточная масса тела, как фактор риска ИБС, проявляется клиническим ожирением различной степени, которое у большинства больных отражает переизбыток и низкую физическую активность.

Сахарный диабет, как клинически выраженный, так и латентный, является весьма распростра-