



Рахматова Дилбар Бахриддиновна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Рахматова Дилбар Бахриддиновна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

METABOLIC SYNDROME AND PHARMACOECONOMY

Rakhmatova Dilbar Bakhriddinovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: rahmatovadilbar19@gmail.com

Резюме. Долзарблиги. Фармакология саноатининг такомиллашуви «фармакоиқтисодиёт» нинг ривожланишига олиб келди. Соғлиқни сақлаш тизимининг асосий муаммоларидан бири молиялаштиришни оптималлаштиришидир. ЖССТ маълумотларига кўра, дунёдаги ҳеч бир давлат миллий соғлиқни сақлаш эҳтиёжларини қондириш учун етарли молиявий ресурсларга эга эмас. Гиёҳвандликдан даволаниш нархи ошиб бораётган бир шартда бемор учун ҳам, жамият учун ҳам муайян дори воситаси билан даволаниш нархи қанчалик асосли эканлигини билиш муҳимдир. Тадқиқот мақсади: метаболик синдромнинг фармакоиқтисодиётини ўрганиш. Натижалар ва таҳлиллари: Фармакоиқтисодий ҳисоб-китобларни амалга оширишда дори-дармонлардан фойдаланиш ёки энг самарали альтернатив даволаш усулларини аниқлаш маълум вақт давомида барча харажатларни ҳисобга олиши керак, чунки ҳар қандай қиммат кўринадиган дори-дармонлар ёки скрининг усулларидан фойдаланиш ўз вақтида бошқа нарсага пул тежашга ёрдам беради: ётоқ кунини қисқартириши. Соғлиқни сақлаш харажатлари тўғридан-тўғри ва билвосита бўлинади; беморларни касалхонага ётқизиш харажатларини камайтириши, "қимматли" асоратларнинг частотаси ва оғирлигини камайтириши (масалан, миокард инфаркти, юрак етишимовчилиги, сепсис), клиникада шифокор тайинланишини камайтириши. Хулоса: Тиббиётда иқтисодий самарадорликни ҳисоблаш анъанавий маънода харажатларни тежаш мақсадида амалга оширилмайди, балки махсус ишлаб чиқилган клиник аҳамиятга эга бўлган назорат остидаги клиник тадқиқотлар натижаларини иқтисодий таҳлил қилиш орқали молиявий ресурсларни тақсимлаш жараёнини оптималлаштириши усули ҳисобланади.

Калим сўзлар: соғлиқни сақлаш, даволаш, аҳоли, самарадорлик.

Abstract. Relevance. The improvement of the pharmacological industry has led to the development of "pharmacoeconomics". One of the main problems of the healthcare system is the optimization of financing. According to WHO, no country in the world has sufficient financial resources to meet national health needs. In the context of the rise in the cost of drug addiction treatment, it is important for both the patient and society to know how justified the cost of treatment with a particular drug is. The purpose of the study: to study the pharmacoeconomics of metabolic syndrome. Results and discussions: The use of drugs in conducting pharmacoeconomical calculations or determining the most effective alternative treatment methods should take into account all costs for a certain period of time, since the use of any seemingly expensive drugs or screening methods will help you save on something else in time: reducing the day in bed. Reduce the costs of hospitalization of patients, reduce the frequency and severity of "valuable" complications (for example, myocardial infarction, heart failure, sepsis), reduce visits to the doctor in the clinic. Conclusions: The calculation of economic efficiency in medicine is not done in the traditional sense to save costs, but is a way to optimize the process of allocating financial resources through economic analysis of the results of controlled clinical trials of specially developed clinical significance.

Keywords: healthcare, treatment, population, efficiency.

Кириш. "Синдром" атамаси одатда уни нозологик тушунчага айлантирадиган бир қатор аломатларни англатади. Бироқ, илмий адабиётларда метаболик синдром аломатлар тўплами си-

фатида эмас, балки маълум метаболик касалликлар билан тез-тез учрайдиган умумий патогенетик механизмлар билан бирлаштирилган турли касалликларнинг комбинацияси сифатида қаралади.

Метаболик синдром (МС) - бу бутун дунё бўйлаб эпидемия деб ҳисобланадиган юқори ижтимоий-иктисодий харажатларга эга бўлган мураккаб касаллик. ЖССТ маълумотларига кўра, сайёрадаги кўплаб одамлар бу касалликдан азият чекмоқда. 2014 йилда 18 ва ундан катта ёшдаги катталарнинг 39% (эркакларнинг 38% ва аёлларнинг 40%) ортиқча вазнга эга эканлиги аниқланди. 2003 йилда ЖССТ мутахассислари МС тарқалишини баҳоладилар: "Биз 21-асрнинг янги пандемиясига дуч келмоқдамиз, бу саноатлашган мамлакатларни қамраб олади. Бу ривожланаётган мамлакатлар учун демографик фалокат бўлиши мумкин. МС тарқалиши қандли диабет билан касалланишдан икки баравар кўп ва келгуси 25 йил ичида ўсиш суръати 50 фоизга ўсиши кутилмоқда" [14].

МС тушунчаси, акс ҳолда "X" синдроми деб аталади, тери ости тўқимасида висцерал ёғ микдорининг кўпайишини ва периферик тўқима рецепторларининг инсулинга сезгирлигини пасайишини англатади, бу гиперинсулинемия ходисаси билан бирга келади. Юқоридаги механизмлар метаболик мувозанатнинг барча турларига ва қон босимининг ошишига олиб келади [14].

Метаболик синдромнинг кенг тарқалишининг сабаби, албатта, бизнинг замонавий турмуш тарзимизга хосдир – овқатланиш бузилиши ва ҳаракатсиз турмуш тарзи.

Сўнгги маълумотларга кўра, метаболик синдромга чалинган одамлар сонининг сезиларли даражада кўпайиши кузатилди. Сўнгги маълумотларга кўра, «X» синдроми замонавий жамиятдаги шошилиш тиббий, ижтимоий ва иқтисодий муаммолардан бирига айланди. Умрнинг қисқариши, ногиронлик ва ҳаёт сифатининг пасайишига олиб келадиган кенг тарқалганлиги сабабли, ушбу патология дунё олимлари орасида эътибордан четда қолмайди [15].

Метаболик синдромнинг ҳақиқий тарқалиши масаласи жуда мунозарали, чунки мураккаб синдромнинг эпидемиологияси уни баҳолаш учун ишлатиладиган диагностика мезонларига, ўрганилаётган беморлар популяциясининг этник хусусиятларига (семиришга генетик мойиллик, артериал гипертензия, липид алмашинувининг бузилиши, турмуш тарзи хусусиятлари, миллий овқатланиш хусусиятлари ва бошқалар) боғлиқ [16].

Тадқиқот мақсади: метаболик синдромнинг фармакоиктисодиётини ўрганиш.

Натижалар ва таҳлиллар: Фармакоиктисодий ҳисоб-китобларни амалга оширишда дори-дармонлардан фойдаланиш ёки энг самарали альтернатив даволаш усулларини аниқлаш маълум вақт давомида барча харажатларни ҳисобга олиши керак, чунки ҳар қандай қиммат кўринадиган дори-дармонлар ёки скрининг усулларидан фойдаланиш ўз вақтида

бошқа нарсага пул тежашга ёрдам беради: ётоқ кунини қисқартириш. Соғлиқни сақлаш харажатлари тўғридан-тўғри ва билвосита бўлинади; беморларни касалхонага ётқизиш харажатларини камайтириш, "қимматли" асоратларнинг частотаси ва оғирлигини камайтириш (масалан, миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги, сепсис), клиникада шифокор тайинлигини камайтириш. Клиник ва иқтисодий таҳлил (КИТ) клиник даволаниш натижалари ва тиббий аралашувлар нархи ўртасидаги боғлиқликни тақлиф қилади. КИТнинг асосий ва ёрдамчи усуллари мавжуд. Асосий усуллар олинган натижаларнинг қиймати ва самарадорлиги ўртасидаги боғлиқликни ҳисоблашда камаяди. Оналик усуллари олинган натижаларнинг нархи ва самарадорлиги ўртасидаги боғлиқликни ҳисоблашда камаяди. Ҳисоблашнинг асосий усуллари: "харажатлар ва самарадорлик" таҳлили, "харажатларни минималлаштириш" таҳлили, "харажатлар ва фойда" таҳлили, харажатлар ва фойда таҳлили. "Харажат-фойда" таҳлилини ўтказишда натижалар тиббий хизматлардан фойдаланувчи нуқтаи назаридан "фойда" бирликларида баҳоланади. Билвосита фойда ўлчови сифатида беморнинг ҳаёт сифати ўлчови (ҲС) ва "ҲС (ҚЭҲЙ) га мослаштирилган қайд этилган ҳаёт йиллари (ҚЭҲЙ)" энг кўп қўлланилади.

КИТ нинг ёрдамчи турлари касалликнинг нархини таҳлил қилишни ўз ичига олади. Ушбу таҳлил тиббий технологияларнинг самарадорлигини таққосламайди ва ҳар қандай касалликка чалинган беморларни бошқаришнинг одатий амалиётини ўрганиш учун ишлатилади [1]. Амалга оширилган баъзи фармакоиктисодий тадқиқотлар, мавжуд клиник маълумотлар баҳоланадиган тиббий технологияларни тўғридан-тўғри таққослаш учун етарли бўлмаган вазиятга дуч келади. Бундай ҳолларда клиник маълумотларнинг етишмаслиги моделлаштириш орқали тўлдирилиши мумкин. Моделлаштириш-бу билиш объектларини уларнинг моделларида ўрганиш; ҳақиқий объектлар, жараёнлар ёки ходисалар моделларини яратиш ва ўрганиш ва тадқиқотчини қизиқтирган воқеаларни башорат қилишдир [2]. Режага кўра, фармакологияда энг кенг тарқалган моделларни Марков модели ва қарорлар дарахтига бўлиш мумкин. "Қарор дарахти" - бу одатда ўткир касалликни даволаш курсини тавсифлаш учун ишлатиладиган маълум бир ҳолат учун барча мумкин бўлган оқибатларни кўрсатадиган график ҳисобланади. Марков бир нечта кенг тарқалган ҳолатларни ва вақт ўтиши билан улар орасидаги ўтишни тасвирлайди. Ушбу моделлар "қарорлар дарахти"га қараганда анча мослашувчан тузилиши туфайли фармакоиктисодиётда кенг қўлланила бошланди.

"Қарор дарахтлари" кенг тарқалган алтернативалардан фарқли ўлароқ, Марков моделлари ўтиш даври ҳолатлари ва улар орасидаги эҳтимоллик асосида маълум вақт давомида қурилади [2]. Тақдим этилган иқтисодий таҳлил турлари ўртасида аниқ танлов тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари, ўрганилаётган тиббий технология ва ундан фойдаланиш натижаларининг тарқалишига боғлиқ. Семириб кетиш соғлиқни сақлаш тизими учун катта иқтисодий харажатларни англатади. 1998 йилда Буюк Британияда ўтказилган тадқиқотда семиришни даволаш учун тўғридан - тўғри харажатлар 0,5 миллион фунт Стерлингни, билвосита харажатлар эса йилига 2 миллион фунт Стерлингни ташкил этди. Билвосита харажатлар касалликдаги ногиронлик ва ногиронликнинг камайиши билан боғлиқ. Ривожланган мамлакатларда семиришни даволаш учун тўғридан-тўғри харажатлар соғлиқни сақлаш харажатларининг 3-5 фоизини ташкил қилади ва семириб кетган беморларда қўшма касалликларни даволаш харажатлари тўғридан-тўғри ТВИга боғлиқ [3].

Буюк Британиянинг соғлиқни сақлаш миллий институтларининг мета-таҳлили ва орлистатни қўллаш самарадорлигини клиник такомиллаштириш натижаларига кўра, иқтисодий баҳолашни ўз ичига олган атиги 2 та тадқиқот топилди. Бир тадқиқот шуни кўрсатдики, 100 бемордан иборат гуруҳ томонидан орлистат билан даволанган 1 йил давомида эришилган сифатни ҳисобга олган ҳолда платсебо билан солиштирганда қўшимча ҳаёт йиллари 1601 йилни ташкил этди (сифатни ҳисобга олган ҳолда ҳаёт йиллари, ҚЭҲЙ) ва битта қўшимча ҚЭҲЙ нархи 45,881 фунтни ташкил этди. Сибутраминни қабул қилишда қўшимча ҚЭҲЙ нархи 29 351 эврони ташкил этди, агар сибутраминнинг фақат тана вазнига таъсири ҳисобга олинса ва тана вазнини камайтиришдан ташқари, юрак - қон томир касалликлари ва ҚД 2 ривожланиш хавфини камайтирса, 13 706 эврони ташкил этди. Таъсирчанликни таҳлил қилиш натижалари шуни кўрсатдики, кирувчи параметрлар максимал харажат ва минимал самарадорликка қараб ўзгариб турса ҳам, 1 йиллик даволаниш учун 1 ҚЭҲЙ нархи 50 000 евродан ошмайди, бу даволаниш рентабеллигини кўрсатади [4].

Сибутраминнинг тана вазнига таъсири ва ЮҚТК ва ҚД 2 ривожланиш хавфини ўрганган NICE мета-таҳлил симуляциясига кўра, терапия фониди 1 та қўшимча ҚЭҲЙ нархи 38,674 фунтни ташкил этди, бу маълум бир мамлакатнинг тўлов лимитларидан биров ошиб кетди. Шу билан бирга, Австралия популяциясини ўрганиш натижалари Ж. Л. Веерман ва бошқалар. семириб кетиш билан боғлиқ касалликлар хавфини

камайтириш сибутрамин учун 0,2% ва орлистат учун 0,1% ни ташкил этди.

Дори терапиясининг самарасизлиги тана вазнига "камтарона" таъсирни тушунтиради (тадқиқотчилар томонидан ўтказилган мета-таҳлилларга кўра, сибутраминни қабул қилишда 12 ой ичида ўртача вазн йўқотиш орлистат ва 2,89 кг га нисбатан 4,45 кг ни ташкил этди) ва терапия тугагандан сўнг тез вазн ортиши билан изоҳланади. Буюк Британиянинг миллий тиббий тадқиқотлар институти (NIHR) (HTA programme) томонидан тиббий технологияларни баҳолаш дастури доирасида орлистат, сибутрамин ва римонабантдан фойдаланишнинг иқтисодий самарадорлигини қиёсий ўрганиш ўтказилди. Нашр қилинган моделларнинг аксарияти вазн ёқотиш билан ҳаёт сифатини баҳолаш усулига ва ишлатилган чегирма ставкасига сезгир эди.

NIHR маълумотларига кўра, семизлик учун дори терапиясининг учта мумкин бўлган вариантлари (орлистат, сибутрамин ва римонабант) орасида энг самарали стратегия, номедикаментоз терапия билан солиштирганда, 15 мг сибутрамин терапияси бўлиб чиқди, максимал самарадорлик билан 33 минимал харажатларнинг комбинацияси билан тавсифланади, қиймати 1 ҚЭҲЙ 557 фунтга тенг ва "соф пул фойдаси" кўрсаткичи бўйича устунлик". Бироқ, моделни белгиланган даволаш натижасида вафот этган беморлар сони тўғрисидаги маълумотларга асосланиб, сўнгги йилларда сибутрамин ва римонабант семиришни даволаш учун тавсия этилган дорилар рўйхатидан чиқарилди, чунки беморлар орасида ўлимни ошириши мумкин бўлган жиддий таъсирларнинг юқори хавфи мавжуд, дейди тадқиқотчилар. Тўлашга тайёрлик чегараси 1 ҚЭҲЙ учун 20000 фунтни ташкил этди. Сезувчанликни таҳлил қилиш натижасида ўлимга олиб келадиган ножўя таъсирларнинг частотаси 1,8% дан ошиши билан 15 мг дозада сибутрамин билан даволаш энди иқтисодий жиҳатдан мақсадга мувофиқ эмаслиги аниқланди. Сибутрамин 10 мг ва римонабантнинг рентабеллигини сақлаб қолиш учун ўлимга олиб келадиган ножўя таъсирларнинг частотаси мос равишда 1,5% ва 1,0% дан ошмаслиги керак. Ушбу натижалар натижасида сибутрамин ва римонабант кейинги сезгирлик таҳлилидан чиқарилди. Орлистат ва плацебо билан таққослаганда, орлистат энг тежамкор эканлиги аниқланди ва модел ўрганилаётган аҳоли когортасида асл ТВИдан ташқари барча асосий параметрларнинг ўзгаришига жавоб бермайди [5].

Тадқиқот маълумотлари M. Gillett ва бошқ. предиабетли одамларда 2-тоифа диабетнинг олдини олиш иқтисодий жиҳатдан мақсадга мувофиқлигини кўрсатади. Симуляцияга асосланиб, метформинни буюриш билан

биргаликда турмуш тарзининг ўзгариши 20 йил ичида 2-тоифа диабет билан касалланишнинг 13 ҳолатга камайишига олиб келди [6]. Олимларнинг фикрига кўра А. J. Негман ва бошқ. (2005) ва W. H. Palmer ва бошқ. (2004), ДПП34 тадқиқотида таклиф қилинган турмуш тарзини ўзгартириш учун платсебо билан таққослаганда 1 та кўшимча ҚЭХЙ нархи 1124 АҚШ долларини, 1 LYG эса 6381 евро ни ташкил қилади [7]. Фармакоиктисодий тадқиқотлар соғлиқни сақлаш тизими нуқтаи назаридан фойдаланишни оқлаш учун баъзида мавжуд дори-дармонларга караганда қимматроқ бўлган янги дори-дармонларни ёки даволаш усулларини ҳар томонлама баҳолаш учун муҳимдир. Метформин 2-тоифа диабетни даволаш учун асосий дори ҳисобланади, аммо МСда уни қўллашнинг фармакоиктисодий жиҳатларини ўрганишга бағишланган тадқиқотлар сони жуда чекланган.

G. T. Gembokka ва унинг ҳамкорлари томонидан ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, олти ой давомида МС билан оғриган беморларга метформинни буюриш антигипертензив терапия харажатларини ўртача 16,7% га камайтирди, липидмик дориларни қўллаш зарурати эса 10% га камайди. Метаболик синдром терапиясини олган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш, G. T. Gembokka кўра, ўртача 18% га ошди [8].

Фармакоиктисодий тадқиқотлар натижаларига кўра А. Л. Хохлов ва аторвастатин терапиясига бағишланган ходимлар, МС билан оғриган беморлар, қон зардобининг юқори атероген потенциалини камайтиришда HMG-CoA-reduktaza инхибиторларини киритилиши, углевод алмаши нуви ва СРО кўрсаткичларини нормаллаштириш ролини истисно қилмайди, бу эса ЮҚТК ривожланиш хавфини олдини олади. "Харажат – самарадорлик" ва "харажат-фойда" фармакоиктисодий тахлилига кўра, МС терапиясига аторвастатин кўшилиши иктисодий жиҳатдан мақсадга мувофиқдир [9]. Америка кардиология ассоциацияси (ANA) 10 йиллик хавфни ҳисоблаш учун онлайн калькуляторни ишлаб чиқди. 10 йил давомида хавфи 5% дан юқори бўлган беморлар учун статинлар яхши харажат-фойда кўрсаткичларига эга бўлади. Кўпгина марказ тадқиқотларига кўра, 1000 кишидан иборат гипотетик когортанинг 5 йиллик терапиясида кўшимча ҚЭХЙ миқдори сибутрамин терапияси учун 51,5 ни ташкил қилади, шу билан бирга, юрак-қон томир ўлимининг платсебо билан таққослаганда 14 та ҳолатга, ўлимга олиб келмайдиган МИдан 28 та ҳолатга ва ҚД -2дан 26 та ҳолатга камайиши тахмин қилинмоқда.

Агар сибутраминнинг фақат тана вазнига таъсири ҳисобга олинган бўлса сибутраминни қўллашда битта кўшимча ҚЭХЙ нархи 29 351 евро ни ташкил этди, тана вазнини камайтиришдан

ташқари, ЮҚТК ва ҚД 2 ривожланиш хавфини камайтириш ҳисобга олинган бўлса 13 706 евро ни ташкил этди. Сезувчанлик тахлили шуни кўрсатдики, кирувчи параметрлар максимал харажат ва минимал самарадорлик томон ўзгарган тақдирда ҳам, 1 ҚЭХЙ нархи 1 йиллик терапия учун 50 000 эвродан ошмайди, бу эса терапиянинг рентабеллигини кўрсатади. Акарбозанинг ҚД профилактикасига таъсирини ўрганиш мақсадида Швецияда фармакоиктисодий тадқиқотлар ўтказилди, натижада плацебо билан таққослаганда 1 та ҚД -2 ҳолатини олдини олиш учун харажатлар самарадорлиги 28,009 швед кронни ва 1 та ЮҚТКни олдини олиш учун 101,375 швед кронни ташкил этди. Тадқиқот муаллифи натижаларни терапиянинг иктисодий мақсадга мувофиқлиги кўрсаткичи сифатида изоҳлайди. Шунингдек, статин гуруҳидаги дорилар билан МСда ЮҚТК бирламчи профилактикасининг афзалликлари тўғрисида далиллар мавжуд. Дислипидемия ва ҚД 2 билан касалланган 8,2 миллион беморни ўз ичига олган Америка тадқиқотига кўра, терапияга статин кўшилиши касалхонага ётқизишни талаб қиладиган юрак - қон томир асоратлари сонини ҳар йили 71 минг ҳолатга камайтиради, бу эса ушбу тоифадаги беморларни даволаш харажатларини сезиларли даражада камайтиради [11]. Халқаро тадқиқотлар натижаларига кўра, статин терапиясининг потенциал фойдасининг энг яхши кўрсаткичи ЮҚТК умумий хавфи деган хулосага келишди. Кунига 1 доллардан ошмайдиган умумий статин терапияси нафақат яхши харажат-фойда кўрсаткичларига эга, балки соғлиқни сақлаш бюджетини ҳам сақлаб қолади [12]. Триглицеридлари юқори бўлган беморларда ЮИК бирламчи ва иккиламчи профилактикаси учун фибратлар монотерапияси клиник ва иктисодий жиҳатдан самарали ҳисобланади, чунки статинлар биринчи танлов терапияси бўлиб, даволанишнинг фойдаси фибратлар ва статинларнинг комбинацияси бўладими деган савол ҳал қилинмаган. Ушбу муаммони ҳал қилиш ЮИК билан оғриган беморларда статин монотерапиясига нисбатан фибратлар ва статинлар билан комбинацияланган терапиядан фойдаланганда липид профилини ўзгартиришнинг кўшимча афзалликларини моделлаштиришни талаб қилади [12]. Бугунги кунга келиб, умр кўриш давомийлигини ошириш ва унинг сифатини яхшилаш учун АГ, дислипидемия ва ҚД-2 бирламчи профилактикасининг алоҳида ролини қўллаб-қувватловчи бир қатор тадқиқотлар ўтказилди [13]. Динамик моделлаштиришдан фойдаланган ҳолда ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, 51-52 ёшдаги беморлар яна 0,85 йил яшаб, тана вазнининг клиник жиҳатдан сезиларли пасайишига эришдилар; мақсадли қон босими эришган АГ беморлари - 2,05 йил; ҚД-2 билан оғриган бемор-

ларда углевод метаболизмни қоплаш умр кўриш даврийлигини 3,17 йилга оширади. Узоқ умр кўришига қарамай, клиник жиҳатдан самаралироқ даволанадиганлар умр бўйи соғлиқни сақлаш харажатларини камайтиради. Семириб кетган беморларда клиник жиҳатдан муҳим вазн йўқотишга эришиш ҳар бир бемор учун даволаниш харажатларини 7168 долларгача камайтиради, гипертензияни муваффақиятли даволаш учун бу кўрсаткич 13 702 долларни ташкил қилади ва 2-тоифа диабет учун компенсация 34 483 долларгача тежайди [13].

Хулоса: Метаболик синдромни тузатиш билан боғлиқ масалалар долзарбдир, чунки уни даволаш схемалари ишлаб чиқилмаган. Шубҳасиз, даволанишнинг муҳим шартлари глюкоза, липид метаболизи ва қон босимининг мақсадли даражаларига эришишга қаратилган дорилар гуруҳларининг комбинацияси бўлиши керак. Қабул қилинган дорилар терапевтик самарадорлигидан ташқари, яхши толерантликка, тегишли дозалаш режимига эга бўлиши керак. Кўп қиррали таъсир механизмига эга бўлган кўплаб дори-дармонларни қабул қилиш метаболик синдромли беморларнинг даволаниш ва ҳаёт сифатига содиқлигига таъсир қилиши мумкин, аммо таъсир қилмайди. Одатда, шифокорлар ҳар доим ҳам беморларнинг ҳаёт сифатини ва даволанишдан қониқишини баҳолашга тайёр эмаслар. Бундай шароитда соғлиқни сақлаш ресурсларидан оқилона фойдаланишнинг иқтисодий жиҳатлари тобора муҳим аҳамият касб этмоқда, фармакоиктисодий параметрлар эса беморни даволаш тактикасини танлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Кўпинча арзон, аммо самарасиз дори-дармонлардан фойдаланиш беморларни даволаш харажатларининг ҳақиқий ўсишига олиб келади, шунингдек, самаралироқ ва сезиларли даражада қимматроқ дори-дармонларни алмаштиради. Метаболик синдромнинг фармакоиктисодий жиҳатларини ўрганиш метаболик касалликларга чалинган беморларга сифатли тиббий ёрдам кўрсатишнинг муҳим таркибий қисмидир ва замонавий тиббиётга қизиқиш ортиб бормоқда.

Адабиётлар:

1. Воробьев, П. А., Авксентьева, М. В., Борисенко, О. В., Воробьев, А. И., Вялков, А. И., Лукьянцева, Д. В., Сура, М. В., Юрьев, А. С. Клинико-экономический анализ: издание 3-е, дополненное, с приложениями / П. А. Воробьев, М. В. Авксентьева, О. В. Борисенко, А. И. Воробьев, Д. В. Лукьянцева, М. В. Сура, А. С. Юрьев - Москва: Ньюдиамед, 2008. - 778 с.
2. Ягудина, Р. И., Куликов, А. Ю., Аринина, Е. Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа / Р. И. Ягудина, А. Ю. Куликов, Е. Е. Аринина

на - Москва: Медицинское информационное агентство, 2011

3. Бессенсен Д. Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение / Д. Г. Бессенсен, Р. Кушнер - Москва: Бином, 2004
4. Brennan, A., Ara, R., Sterz, R., Matiba, B., Bergemann, R. Assessment of clinical and economic benefits of weight management with sibutramine in general practice in Germany / A. Brennan, R. Ara, R. Sterz, B. Matiba, R. Bergemann // Eur J Health Econ. - 2006. - t. 7, № 4. - С. 276-284.
5. Ara, R., Blake, L., Gray, L., Hernandez, M. et al. What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of drugs in treating obese patients in primary care? / R. Ara, L. Blake, L. Gray, M. Hernandez // Health Technology Assessment. - 2012. - t. 16, № 5. - С. 1366-5278.
6. Gillett, M., Royle, P., Snaith, A., Scotland, G. et al. Non-pharmacological interventions to reduce the risk of diabetes in people with impaired glucose regulation: to reduce the risk of diabetes in people with impaired glucose regulation: a systematic review and economic evaluation / M. Gillett, P. Royle, A. Snaith, G. Scotland // Health Technology Assessment. - 2012. - t. 16, № 33. - С. 1236
7. Herman, W. H., Hoerger, T. J., Brandle, M., Hicks, K., Sorensen, S., Zhang, P. et al. The cost effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance / W. H. Herman, T. J. Hoerger, M. Brandle, K. Hicks, S. Sorensen, P. Zhang // Ann Intern Med. - 2005. - № 142. - С. 323-332.
8. Brandle, M., Davidson, M. B., Schriger, D. L. et al. Cost effectiveness of statin therapy for the primary prevention of major coronary events in individuals with type 2 diabetes / M. Brandle, M. B. Davidson, D. L. Schriger // Z Diabetes Care. - 2003. - t. 26, № 6. - С. 1796—801.
9. Хохлов, А. Л., Жилина, А. Н., Буйдина, Т. А. Анализ эффективности применения аторвастатина в терапии пациентов с метаболическим синдромом / А. Л. Хохлов, А. Н. Жилина, Т. А. Буйдина // ПМЖ. - 2006. - № 13. - С. 962-967
10. Brennan, A., Ara, R., Sterz, R., Matiba, B., Bergemann, R. Assessment of clinical and economic benefits of weight management with sibutramine in general practice in Germany / A. Brennan, R. Ara, R. Sterz, B. Matiba, R. Bergemann // Eur J Health Econ. - 2006. - t. 7, № 4. - С. 276-284.
11. Franco, O., Neyt, M., DeLaet, C., VanBrabant, H., Ramaekers, D. Cost-effectiveness of statins in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review and economic analysis for Belgium / O. Franco, M. Neyt, C. DeLaet, H. Van Brabant, D. Ramaekers // Acta Cardiol. - 2009. - T. 64, № 1. - С. 110.

12. Hay, J. The cost effectiveness of cardiovascular medicines / J. Hay // Curr Atherosclerosis Rep. -2005. - № 7. - С. 79-80
13. Goldman, D. P., Zheng, Y., Girosi, F., Michaud, P. C., Olshansky, S. J., Cutler, D., Rowe, J. W. The Benefits of Risk Factor Prevention in Americans Aged 51 Years and Older / D. P. Goldman, Y. Zheng, F. Girosi, P. C. Michaud, S. J. Olshansky, D. Cutler, J. W. Rowe // Am J Public Health. - 2009. - т. 99, № 11. - С. 2096-2101.
14. Чу Сяоян, Киргизова О.Ю., 2016; Волков, В.П. Метаболический синдром: история вопроса / В.П. Волков // Universium. Медицина и фармакология (Электронный научный журнал). -2017. - №4 (38). - Режим доступа: <http://universum.com/ru/med/archive/item/4584>.
15. Метаболический синдром – нерешенная проблема медицины и современного общества / О.М. Урясьев и др. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т.16, №1. –С. 160-162.
16. Шляхто Е.В. К вопросу о критериях метаболического синдрома. Значение выбора критерия для оценки распространенности / Е.В. Шляхто, А.О. Конради, О.П. Ротарь и др. // Артериальная гипертензия. – 2009. – Т. 15, № 4. – С. 409-412.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Рахматова Д.Б.

Резюме. Актуальность. Усовершенствование фармакологической индустрии привело к развитию «фармакоэкономики». Одной из главных проблем системы здравоохранения является оптимизация финансирования. По данным ВОЗ, ни одна страна в мире не имеет достаточных финансовых ресурсов для удовлетворения национальных потребностей в области здравоохранения. В условиях удорожания лечения от наркозависимости как пациенту, так и обществу важно знать, насколько оправдана стоимость лечения тем или иным препаратом. Цель исследования: изучение фармакоэкономики метаболического синдрома. Результаты и обсуждения: Использование лекарств при проведении фармакоэкономических расчетов или определение наиболее эффективных альтернативных методов лечения должно учитывать все расходы в течение определенного периода времени, поскольку использование любых, казалось бы, дорогостоящих лекарств или методов скрининга поможет вам вовремя сэкономить на чем-то другом: сокращении дня в постели. Снизить затраты на госпитализацию пациентов, снизить частоту и тяжесть «ценных» осложнений (например, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, сепсис), сократить посещения врача в клинике. Выводы: Расчет экономической эффективности в медицине делается не в традиционном понимании для экономии затрат, а является способом оптимизации процесса распределения финансовых ресурсов за счет экономического анализа результатов контролируемых клинических исследований специально разработанного клинического значения.

Ключевые слова: здравоохранение, лечение, популяция, эффективность.