

ческим становлением менструальной функции (19,7% и 13,6%). Среди здоровых женщин без признаков коллагенозов анемии средней степени в ранние сроки беременности не выявлены.

Таким образом, в ранние сроки беременности у беременных с недифференцированными коллагенозами наблюдается увеличение гестационных осложнений по сравнению с соматически здоровыми беременными. Это проявляется токсикозом первой половины беременности, угрозой невынашивания беременности и железодефицитными анемиями.

**К ВОПРОСУ ОБ АЛГОРИТМИЗАЦИИ  
ФАРМАКОЭКОНОМИКИ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ  
В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Маль Г.С., Гетия В.З., Дадинова М.Л.  
*Курский государственный медицинский  
университет,  
Кафедра клинической фармакологии,  
Курск, Россия*

Своевременность и качество оказания СМП в настоящее время зависит от экономических возможностей, направленных на реализацию выполнения медицинских услуг на догоспитальном этапе. Для оптимизации деятельности и процесса оказания СМП необходимо соответствующее информационное обеспечение, позволяющее оценивать своевременность и качество оказываемой медицинской помощи, а также экономические затраты на весь медико-технологический процесс. Особую актуальность приобретает разработка мероприятий по оптимизации СМП кардиологическим больным на догоспитальном этапе. В связи с этим, целью настоящей работы явилась разработка фармакоэкономической автоматизированной модели оценки вызовов СМП.

Целью настоящего исследования явилась разработка и внедрение фармакоэкономической автоматизированной модели с целью алгоритмизации СМП кардиологическим больным, страдающих гипертонической болезнью в условиях скорой медицинской помощи.

В основу проведенного следования было положена разработка и внедрение фармакоэкономической автоматизированной модели оценки вызовов СМП, разработанная на кафедре клинической фармакологии Курского государственного медицинского университета. Программа апробирована и адаптирована для оценки фармакоэкономических затрат СМП г. Курска.

Методы исследования включали в себя: ретроспективный анализ выборки, состоящей из

10000 карт вызовов бригад СМП; выкопировка карт вызовов по поводу сердечно-сосудистой патологии, в том числе гипертонических кризов; оценка клинической эффективности купирования гипертонических кризов (в расчете на 1% по уровню систолического артериального давления (САД)); создание информационной базы данных лекарственных препаратов используемых для купирования гипертонических кризов врачами СМП; фармакоэкономический анализ: опросник для оценки стоимости потребления лекарственных средств; опросник для пациентов с гипертонической болезнью (с целью изучения затрат на проведение лечения); статистические, с использованием статистического пакета «Statistika». Также оценивались прямые затраты на оказание скорой медицинской помощи, стоимость лекарственных препаратов, учет повторных вызовов и частоты госпитализации.

База данных обеспечивала выполнение автоматизированного анализа лекарственной стоимости каждого вызова бригадами скорой медицинской помощи с учетом аптечных цен используемых препаратов и доз и фармакоэкономической эффективности каждого вызова через формирование объектов с определенным набором стратификационных признаков получение списка объектов по фильтру и систематизацию объектов согласно стратификационным признакам.

База данных была предназначена для проведения клинических исследований с формированием рандомизированных групп по стратификационным признакам. С помощью данной методологии удалось разработать и внедрить в практику работы СМП фармакоэкономическую оценку затрат при купировании неотложных состояний в кардиологии на догоспитальном этапе.

В ходе проведенного исследования было установлено, что стоимость снижения на 1% САД (учитывались только стоимостные затраты лекарственных препаратов) у больных в условиях купирования гипертонического криза бригадами СМП при монотерапии бета-блокаторами составило 0,644 руб., дигидропиридинами – 0,247 руб., недигидропиридинами - 0,101 руб., диуретиками- 0,25 руб. и ингибиторами АПФ – 0,158 руб.

При комбинированной двухкомпонентной терапии стоимость снижения на 1 % САД представлена следующим образом: при фармакотерапии диуретик + фенилалкиламин – 0,23 руб., диуретик + дигидропиридин – 0,17 руб., диуретик + бета-адреноблокатор – 0,19 руб., диуретик + ингибитор АПФ – 0,34 руб.

При комбинированной трехкомпонентной терапии в условиях комбинации диуретик + дигидропиридин + бета-блокатор стоимость снижения на 1 % снижения уровня САД составила

0,21 руб., а при комбинации диуретик + дигидропиридин + ингибитор АПФ – 0,395 руб.

Таким образом, проведенный фармакоэкономический анализ ретроспективного материала работы СМП позволили выявить наиболее эффективный и экономически выгодный способ коррекции гипертонических кризов врачами на догоспитальном этапе: петлевой диуретик и дигидропиридина, а из трехкомпонентной – диуретик, дигидропиридина и бета-блокаторы.

### **ПЕРСПЕКТИВЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,  
Медицинский институт высшего сестринского образования,  
Краснодар, Россия*

Высокая частота ревматоидного артрита (РА) сочетается с его тяжестью и сложным иммунопатогенезом. Для его лечения используется широкий спектр лекарственных средств, получивших название базисные противовоспалительные препараты (БПВП), применение которых позволяет снизить активность заболевания и замедлить деструкцию суставов. Основным показанием для их назначения является боль, которая при РА обусловлена сложными процессами, характерными для иммуноопосредованного воспаления. Ранняя стадия этого заболевания, когда адекватная терапия имеет максимально выраженное влияние на его дальнейшее течение, представляет собой большую медицинскую и социальную проблему. Однако поскольку развитие ремиссии наблюдается редко, фармакотерапия РА остаётся актуальным аспектом клинической медицины, что служит стимулом для разработки новых подходов к его лечению. Существенное увеличение дозы или комбинированное применение различных БПВП не может рассматриваться как адекватный метод повышения эффективности лечения этого заболевания. Начало XXI ознаменовалось внедрением в клиническую практику нового класса БПВП – генноинженерных биологических препаратов, среди которых наиболее эффективными являются химерные моноклональные антитела к фактору некроза опухоли (ФНО) – инфликсимаб и человеческие моноклональные антитела к ФНО. Провоспалительный цитокин - ФНО определяет течение воспаления и тканевой деструкции. Высокая активность ФНО сопровождается пролиферацией синовиоцитов, неоангиогенезом, мобилизацией клеток воспаления и продукцией разрушающих тканей ферментов. Симптомы РА могут быть ослаблены при воздействии моноклональных антител, нейтрализующих активность ФНО.

Цель работы – анализ результатов плацебо-контролируемых рандомизированных исследований и ретроспективных наблюдений комбинированного применения с целью лечения больных РА лефлуномида (БПВП) и инфликсимаба (ингибитор ФНО). Подтверждена противовоспалительная и иммуномодулирующая активность лефлуномида – низкомолекулярного синтетического производного изоксазола. Хорошее соотношение эффективности/токсичность лефлуномида показана в проспективных открытых исследованиях и опытом применения в реальной клинической практике.

Отмечено, что у пациентов, получавших лефлуномид и инфликсимаб, наблюдается уменьшение числа болезненных (45%) и припухших суставов (55%), дозы глюкокортикоидов (33%), улучшение функционального класса (16%), снижение концентрации С-реактивного белка на 45% и СОЭ на 39%. На фоне лечения выявлено уменьшение активности заболевания (снижение DAS). Очень хороший ответ по критериям EULAR отмечен у 35,7%, хороший у 42,8%, удовлетворительный – у 12,9% и неудовлетворительный – у 8,6%. Переносимость терапии расценивалась как очень хорошая у 41,7%, хорошая – у 35,6%, удовлетворительная – у 11,6%, плохая – только у 11,1%. Достоверных различий по эффективности и переносимости у пациентов, получавших различные варианты комбинированной терапии лефлуномидом и ингибитором ФНО, не установлено. Таким образом, показан высокий терапевтический эффект антицитокиновой терапии в лечении РА. Однако результаты проспективного исследования обращают внимание на потенциальную возможность развития иммуноопосредованных побочных реакций (васкулит, волчаночноподобное заболевание, синдром Стивенса-Джонсона, инфузионные реакции) на фоне комбинированной терапии.

Анализ материалов, характеризующих терапию РА, позволяет сделать следующие выводы. Биологическим препаратам свойственны все черты, характерные для БПВП: подавление воспалительной активности, торможение деструкции суставов, индуцирование ремиссии; но эффект развивается быстрее и значительно более выражен.

Комбинированное применение лефлуномида и инфликсимаба весьма эффективно, хорошо переносимо и может быть рекомендовано пациентам, не отвечающим на монотерапию лефлуномидом (и др. БПВП) или при быстром прогрессировании деструкции суставов. Больной должен быть информирован и образован в отношении побочных эффектов комбинированного лечения до её начала. Целесообразно перед циклом терапии РА проводить скрининг факторов риска развития побочных реакций, ухудшающих прогноз лечения больных. Такой риск увеличивают: плохая перенос-