

жение показателей конъюнктивных индексов в основной подгруппе больных по сравнению с контролем (табл. 8).

Таблица 7

Показатели качества жизни пациентов с одонтогенными прозопалгиями и ДСТ после проведенного лечения (M±m)

Показатели	Основная до лечения	Основная после лечения	Контроль до лечения	Контроль после лечения
Энергичность	21,46±3,12	49,16±2,71*	21,79±4,82	36,41±4,29
Болевые ощущения	20,89±3,39	5,23±1,21*	20,39±3,58	13,43±3,84
Социальная изоляция	22,37±2,17	6,79±1,94*	22,83±2,94	13,11±2,25
Физическая активность	9,27±2,44	48,18±1,62*	10,01±3,57	33,51±2,48
Эмоциональные реакции	41,25±1,94	10,44±2,11*	41,12±1,75	24,74±1,79
Сон	19,61±4,59	50,37±2,19*	20,28±3,48	39,72±3,34

Примечание: * – показатель достоверен по отношению к группе «Контроль после лечения»

Таблица 8

Показатели микроциркуляции у лиц с одонтогенными прозопалгиями и ДСТ после проведенного лечения (M±m)

Индекс	Основная до лечения	Основная после лечения	Контроль до лечения	Контроль после лечения
Сосудистый	7,11±0,41	3,49±0,41*	7,08±0,34	6,02±0,35
Внутрисосудистый	2,19±0,38	1,08±0,25*	2,23±0,27	2,42±0,29
Околососудистый	0,65±0,15	0,28±0,17*	0,67±0,32	0,50±0,12
Общий конъюнктивный	9,95±0,94	4,85±0,83*	9,98±0,93	8,94±0,76

Примечание: * – показатель достоверен по отношению к группе «Контроль после лечения»

Применение в лечении лиц с одонтогенными прозопалгиями, обусловленными воспалительными заболеваниями пульпы и периодонта, ДСТ – ангиопротекторов, транквилизаторов, нейрометаболических, коллагенстабилизирующих, противовоспалительных, кальцийсодержащих, анаболических и иммунокорректирующих препаратов оказывает выраженный терапевтический эффект.

Литература

1. Гречко В.Е. и др. Нейростоматологические заболевания и синдромы: клиника, диагностика, основные принципы лечения. – М.: Медицина, 1997. – 62 с.
2. Василенко А.М. и др. // Бюл. эксперим. биол. и мед. – 1995. – Т.119, №4. – С. 405–409.
3. Веин А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицина, 1998. – 752 с.
4. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 271 с.
5. Куприянова О.Н. Клинические и морфофункциональные особенности лицевых болей у больных с дисплазией соединительной ткани: Дис... д. м.н. – М., 2007. – 319 с.
6. Неврология: Рук-во для врачей / Под ред. В.А. Карлова. – М.: Медицина, 2002. – 640 с.
7. Неврология лица: Рук-во для врачей / Под ред. В.А. Карлова. – М.: Медицина, 1991. – 288 с.
8. Попова Т.Ф. Системные механизмы множественного очагового поражения белого вещества головного мозга: Автореф. дис... д.м.н. – Новосибирск, 2003. – 32 с.
9. Пузин М.Н. Лицевая боль. – М.: РУДН, 1992. – 310 с.
10. Яковлев В.М. и др. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани. – Ставрополь, 2005. – 234 с.

ODONTOGENIC FACIAL PAINS IN THE STRUCTURE OF THE SYNDROME OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

I.A. KUPRIYANOV, O.N. KUPRIYANOVA, P.V. LYSKOV, T.F. POPOVA

Summary

It was found out some particularities of odontogenic prosopalgia in patients with connective tissue dysplasia: enough young age of the patients, high intensity of the pain, bright vegetative accompaniment, severe degree of clinical course of the local odontogenic inflammatory process, concomitant damage of the central nervous system, disturbances of system microcirculation, neuroimmune damages. Using in complex treatment in patients with odontogenic prosopalgias stipulated by inflammatory diseases of pulp and periodontium and connective tissue dysplasia of angioprotectors, neurometabolic drugs, collagenous stable, anti-inflammatory, with calcium, anabolic and immune supporting preparations produce frank therapeutic effect.

Key-words: odontogenic facial pain, dysplasia.

УДК: 615.22.003.1:616-083.98.004

АСПЕКТЫ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И АВТОМАТИЗАЦИИ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СМП

И.А. ДОРОДНЫХ, Г.С. МАЛЬ*

Ежегодно в РФ служба скорой медицинской помощи (СМП) выполняет от 46 до 48 миллионов вызовов, оказывая медицинскую помощь более чем 50 миллионам граждан [1]. Своевременность и качество оказания СМП зависит от того, какие формы и методы управления используются в учреждении, от экономических возможностей, направленных на реализацию выполнения медицинских услуг на догоспитальном этапе. Для оптимизации деятельности и процесса оказания СМП необходимо информационное обеспечение, позволяющее оценить своевременность и качество оказываемой медпомощи, а также экономические затраты на весь медико-технологический процесс. Особую актуальность имеет разработка мероприятий по оптимизации СМП кардиологическим больным на догоспитальном этапе.

Цель исследования – разработка фармакоэкономической автоматизированной модели оценки вызовов СМП.

Служба СМП на современном этапе оказалась одной из самых востребованных из-за ухудшения здоровья населения, ослабления медицинской профилактики [2]. В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы остаются самой частой причиной смерти и составляют от 40 до 60% от всех причин смерти. Основное место в структуре летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний занимает ИБС, гипертоническая болезнь [3]. Вне стационара умирают порядка 60-77% больных с ИБС, среди них более 80% – внезапно. От того, как быстро больному будет оказана высококвалифицированная медицинская помощь, зависит прогноз заболевания и жизни больного [4]. В решении этой проблемы большое значение придается экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе, и прежде всего, службе СМП, так как большая часть больных обращается сюда за первой медицинской помощью от начала заболевания, и кроме этого, данный вид медицинской помощи является самым мобильным и срочным [5]. До сих пор нет ясности в вопросе о том, каковы же реальные возможности и пути решения службы СМП этой проблемы [6]. Имеющиеся исследования по совершенствованию оказания СМП больным с кардиологической патологией касаются отдельных аспектов и направлений, отсюда недостаточная их эффективность. Появление новых и совершенствование уже существующих технологий приводят к удорожанию стоимости оказания медицинских услуг. При условии ограниченных финансовых ресурсов (по ВОЗ, ни одна страна мира не имеет достаточных финансовых ресурсов для покрытия потребностей национального здравоохранения) остро встает вопрос выбора наиболее эффективных путей их распределения [7]. Экономическая оценка в системе здравоохранения представляет собой способ определения денежной стоимости различных технологий. Она должна использоваться для анализа альтернативных методов лечения [8]. Проведение фармакоэкономических исследований лекарственной терапии кардиологических больных является актуальной проблемой, т.к. такое лечение эффективно, но дорого.

Для алгоритмизации СМП кардиологическим больным, страдающим гипертонической болезнью, нужна разработка и внедрение фармакоэкономической автоматизированной модели.

В основу исследования было положено разработка и внедрение фармакоэкономической автоматизированной модели оценки вызовов СМП (свидетельство для регистрации программы для электронно-вычислительной машины (ЭВМ) №2008610108 от 9.01.2008 г., разработанное на кафедре клинической фармакологии Курского ГМУа. 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

* Кафедра клинической фармакологии ГОУ ВПО КГМУ Росздрава. Курск. 305004, ул. К.Маркса д.3

кризов врачами СМП; фармакоэкономический анализ: опросник для оценки стоимости потребления лекарственных средств; опросник для пациентов с гипертонической болезнью (для изучения затрат на лечение); статистические, с использованием статистического пакета «Statistika». Также оценивались прямые затраты на оказание СМП, стоимость лекарственных препаратов, учет повторных вызовов и частота госпитализации. Автоматизированная программа обеспечивала выполнение анализа лекарственной стоимости каждого вызова бригадами СМП с учетом аптечных цен используемых препаратов и доз, а также фармакоэкономической эффективности каждого вызова через формирование объектов с определенным набором стратификационных признаков (например, возраст, адрес, диагноз, территориальное обслуживание поликлиникой, диагностическая обоснованность обращения), получение списка объектов по фильтру и систематизацию объектов согласно стратификационным признакам.

Программа предназначена для проведения клинических исследований с формированием рандомизированных групп по стратификационным признакам. Она обеспечивала выполнение исследований с учетом современных стандартов систематизации изучаемых объектов и признаков. С помощью данной методологии удалось разработать и внедрить в практику работы СМП фармакоэкономическую оценку затрат при купировании неотложных состояний в кардиологии на догоспитальном этапе. Принцип функционирования программы для оценки фармакоэкономических затрат в условиях бригад СМП представлен на рис.

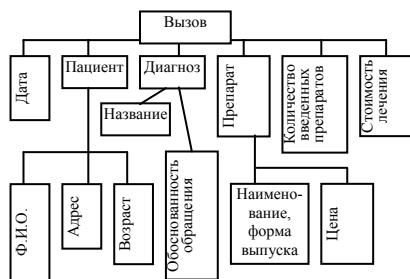


Рис. Структура автоматизированной программы для проведения фармакоэкономических исследований на догоспитальном этапе с формированием рандомизированных групп по стратификационным признакам в условиях СМП

Частота назначения гипотензивных препаратов в условиях СМП в 2005-2006 гг. представлена следующим образом: 8,9% – бета-блокаторы, 51% – блокаторы кальциевых каналов, 37,5% – диуретики и 2,5% – ингибиторы АПФ. Достоверных различий в выборе групп гипотензивных препаратов для купирования гипертонических кризов по месяцам года и по времени суток отмечено не было. Для купирования гипертонического криза в 80% случаев использовались гипотензивные препараты в качестве монотерапии, в 12% случаев – комбинация двухкомпонентная терапия и в 8% – комбинация трехкомпонентная терапия.

Стоимость снижения САД на 1% (учитывались только стоимостные затраты лекарственных препаратов) у больных при купировании гипертонического криза бригадами СМП при монотерапии бета-блокаторами составила 0,644 руб., дигидропиридинами – 0,247 руб., недигидропиридинами – 0,101 руб., диуретиками – 0,25 руб. и ингибиторами АПФ – 0,158 руб. При комбинации 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 ангиотензин-превращающего фермента – 0,34 руб. При трехкомпонентной терапии (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..

Проведенный фармакоэкономический анализ ретроспективного материала работы СМП позволил выявить наиболее эффективный и экономически выгодный способ коррекции гипертонических кризов врачами на догоспитальном этапе: петлевой диуретик и дигидропиридин, а из трехкомпонентной – диу-

ретик, дигидропиридин и бета-блокаторы, что согласуется с данными автоматизированной программы.

Литература

1. Бойков А.А. // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 4 – С.14–18.
2. Бойков А.А. // Скорая медицинская помощь – 2006. – №3. – С.3–11.
3. Бойков А.А. Организация службы СМП в крупном городе в условиях разделения скорой и неотложной медицинской помощи. – СПб. – ГУЗ ГССМП. – 2006.
4. Мазур Н.А. // Кардиол. – 2002. – №4. – С. 78–80.
5. Танковский В.Э. // Экономика здравоохранения. – 2001. – №9. – С. 23–25.
6. Танковский В.Э. и др. // Экономика здравоохранения. – 2003. – №5. – С. 27–30
7. Дремова Н.Б. // Экон. Вест. фармации. 2001. – Т.1, № 1. – С. 123–128.
8. Петров В. // Клин. фармакол. и тер. – 2002. – №1. – С. 62.

УДК 616.753

РОЛЬ ТРАНСКУТАННОЙ ОКСИМЕТРИИ ПОСЛЕ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНЕВЫХ КОМПЛЕКСОВ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

И.А. МИХАЙЛОВ, В.Ю. МОРОЗ, А.А. ЮДЕНИЧ*

Метод микрохирургической аутоотрансплантации различных тканевых комплексов на сосудистой ножке расширил возможности пластической и восстановительной хирургии. Однако это вмешательство характеризуется техническими сложностями, так как требует прецизионной хирургической техники и владения сосудистым швом. Погрешности, допущенные при наложении сосудистых анастомозов, угрожают острым нарушением кровообращения в трансплантате с последующим развитием некроза [1–5]. Своевременное выявление этих осложнений является одним из путей улучшения результатов тканевой трансплантации на сосудистой ножке [6–7]. В этой связи предлагались разные способы оценки кровообращения в пересаженных лоскутах. Такие высокоинформативные методы, как сцинтиграфия компьютерной томографии с ангиографией [8] являются инвазивными и достаточно дорогостоящими, часто занимают время и сопровождаются лучевой нагрузкой. Измерение показателей РН, термометрия среди микрохирургов не получили широкого распространения. Часто для этих целей используются обычная ультразвуковая доплерография [9–11], а также напряжения кислорода в тканях [12–14, 6], которая известна с начала 1980-х годов. Вместе с тем среди публикаций, посвященных этой проблеме, не затрагивался вопрос оценки кровообращения в тканевых трансплантатах с осевым кровообращением разной площади. В связи с этим целью нашего исследования явилось выявление особенностей микрогемодинамики в свободных тканевых аутоотрансплантатах разной площади в ближайшие сроки после пересадки.

Методы исследования. В качестве модели для исследования был взят сложный кожно-фасциальный лоскутный лоскут на сосудах обгибающих лопатку. В ретроспективное исследование включено 80 пациентов (мужчин 59, женщин 35) в возрасте от 18 до 65 лет. Из них 55 пациентам транскутанная оксиметрия (ТКО). Всем им в связи с последствиями термомеханической травмы шеи, нижних конечностей, и кисти выполнена аутоотрансплантация лопаточного лоскута, осевая артерия которого анастомозировалась с лицевой, берцовыми и лучевой артериями в зависимости от локализации поражения. Венозный отток шел через комитантные или подкожные вены. После наложения сосудистых анастомозов кровоток в лоскуте был восстановлен. В исследование не включены наблюдения, сопровождавшиеся погрешностями при заборе лоскута или невозможностью использовать реципиентные сосуды для формирования анастомозов.

ТКО проводилась с помощью газоанализатора TCM-222 фирмы Radiometer, (Дания) накожным датчиком мембранного электрода, предварительно нагретого до 45°. Искусственная гипертермия создает локальную гиперемию кожи, повышает диффузию кислорода через роговой слой эпидермиса и улучшает

* ФГУ Института хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий, КБ № 85 (Москва)