

тельность эмоциональной сферы, проявляющаяся в синкретичном восприятии ситуаций, вызывающих отрицательные эмоции. События с позитивной эмоциональной окраской, воспринимаются нормально, а структурная иерархия положительных эмоций идентична здоровым. Потребностная сфера в ОГ характеризовалась более примитивной структурной иерархией и менее тесными семантическими связями по сравнению с КГ. Основные отличия в потребностной сфере при ММД сопряжены с гностической потребностью. Мотивация в приобретении знания в ОГ была детерминирована практическими потребностями. На формирование гностической сферы у здоровых сильное влияние оказывают не только практические потребности, но и акзигитивные.

Литература

1. Барашнев Ю.И. и др. // Рос. вест. перинатол. и педиатрии. – 1998. – № 4. – С. 6–12
2. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. // Рос. вест. перинатол. и педиатрии. – 2000. – № 3. – С. 39–42
3. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб: Питер. – 2001. – 752 с.
4. Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 127 с.
5. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания. М.: Изд-во МГУ, 1988. – 208 с.
6. Петренко В.Ф. // Психология. – 1998. – № 3. – С. 1–7.
7. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. М.: 2002. – 2005. – 480 с.
8. Потапкин А.А. Ситуационно-операционная решетка как метод профессиональной психодиагностики: Автореф. дис... канд. психол. наук. М., 2004. – 24 с.
9. Тарасова Г.Д. // Вест. оторинолар. – 2000. – № 5. – С. 76–78.
10. Шевандрин Н.И. Основы психологической диагностики. – Ч. 3. – М.: Владос, 2003. – 336 с.
11. Шмелев А.Г. // Вопросы психологии, 1982. – № 5. – С. 34.
12. Ясюкова Л.А., Мулярь О.И. // Психол. газета. – 1997. – № 4.

УДК 616.132.2-008.64

МЕТОД РАЗДЕЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

З.Т. АСТАХОВА, А.В. СОПЛЕВЕНКО*

Введение. Внедрение в клиническую практику концепции «медицины, основанной на доказательствах», привело к необходимости более широкого использования методов комплексного клинко-экономического анализа. Учитывая темпы роста распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, их роль и значимость в трудовых потерях, инвалидизации и смертности трудоспособного населения, большое значение в современных условиях приобретает применение результатов клинко-экономического анализа при проведении фармакотерапии пациентов, страдающих сердечно-сосудистой патологией.

Большинство научных работ, посвященных клинко-экономическому анализу, основана на исследованиях, выполненных за рубежом, стоимость затрат и экономический эффект оценивается в иностранной валюте [1–4]. При этом не учитывается, что результат экономических расчетов не могут переноситься в нашу страну из-за существенных различий в цене на медицинские услуги и лекарственные препараты. В научных работах, в том числе и в кардиологии, основанных на собственных исследованиях, обнаруживаются существенные отличия в критериях оценки клинко-экономической эффективности [3, 5–7]. Все это делает актуальной работу по формированию единых подходов к методологии исследований в области клинко-экономического анализа, разработке доступных критериев интерпретации данных и возможности их применения в работе практических врачей.

Материалы и методы исследования. Наиболее часто используемый метод клинко-экономического анализа «затраты – эффективность» [1–3, 5–6] основан на определении затрат, приходящихся на единицу клинической эффективности. Другие существующие методы клинко-экономического анализа «минимизация затрат», «затраты – полезность», «затраты – выгода» могут рассматриваться как разновидность анализа «затраты – эффективность», отличаясь критериями оценки и единицами измерения результатов. В методе «затраты – эффективность»

имеются недостатки, основанные на взаимосвязанном анализе стоимости и клинической эффективности изучаемого метода лечения. При существующих расчетах высокоэффективный, но дорогостоящий препарат будет получать ту же оценку, что и низкоэффективный, но дешевый. Не учитывается широкое распространение в последние годы многоканального финансирования, когда лечебное учреждение получает денежные средства из бюджетов разных уровней, фондов, спонсоров. Реализация Национального проекта «Здоровье» также предполагает увеличение финансирования ЛПУ. Поэтому стоимость затрат на лечение не играет ведущую роль при выборе метода лечения. В методе «затраты – эффективность» не находят отражения и сроки достижения максимального клинического эффекта. В качестве критериев эффективности метода лечения используются [4–7, 9–10] прямой или опосредованный клинический эффект изменения показателей здоровья или качества жизни в группе обследуемых.

При проведении оценки эффективности изучаемого лекарственного препарата в клиническом исследовании в качестве критерия чаще используют прямой клинический эффект, то есть изменения клинических, биохимических или функционально-диагностических показателей, выраженные в абсолютных цифрах, что позволяет получить ответ на поставленный вопрос в течение достаточно короткого времени (от одного до нескольких месяцев). При проведении оценки «стоимости» болезни также встречаются разные подходы к расчету затрат [5, 8, 11–12]. При острой патологии, например, хирургической, для клинко-экономической оценки методов лечения чаще используется учет всех затрат, связанных с заболеванием. При хронических заболеваниях, в т.ч. сердечно-сосудистой системы, для клинко-экономической оценки методов лечения больше подходит учет затрат, связанных с заболеванием на конкретный момент времени, независимо от того, на какой стадии находится болезнь у пациента. В связи с отмеченными недостатками имеющихся методик клинко-экономического анализа нами разработан метод раздельной клинической и экономической оценки эффективности медикаментозного лечения. Для проведения сравнительной оценки эффективности лекарственных препаратов, сопоставления данных, полученных в разных клиниках, предложено использовать в качестве критерия клинической эффективности количество максимально достоверных и наибольших положительных изменений средних величин показателей, выраженное в процентах. Учитывая, что клинко-экономическая оценка метода лечения проводится у больных, находящихся в одинаковых условиях, где стоимость койко-дня и диагностического исследования (непрямые затраты) одинакова, то разница в стоимости затрат, связанных с заболеванием, будет зависеть только от цены лекарственного препарата (прямые затраты) и длительности пребывания больного в стационаре. Поэтому при оценке клинко-экономической эффективности лечения больных, находящихся в одинаковых условиях при расчете затрат можно учитывать стоимость курса лечения изучаемым препаратом и срок наступления максимального клинического эффекта от проводимого лечения.

Предложено определять коэффициенты клинической (ККЭ) и экономической (КЭЭ) эффективности медикаментозного лечения, в основе которых лежит определение максимально достоверных и наибольших количественных положительных изменений средних величин клинических, биохимических и (или) функционально-диагностических показателей, выраженных в процентах ($\Delta\%$), определенных по результатам комплексного исследования, проводимого до и после курса лечения по группам изучаемых препаратов; при этом ККЭ определяют, как отношение $\Delta\%$ к среднему сроку проводимого курса лечения в днях (Дн) и КЭЭ – как отношение средней стоимости курса лечения в рублях (Ст) к $\Delta\%$, возведенное в минус первую степень.

Путем экспертной оценки были получены данные:

1. Клиническая эффективность ($\Delta\%$): $<20\%$ – низкая; от 20 до 50% – средняя; $>50\%$ – высокая клиническая эффективность.
2. Ср. срок (дн): <20 дн. – быстрый; $20\div30$ дн. – средний; >30 дн. – медленный срок достижения положительного эффекта.
3. Ср. стоимость (Ст): <200 руб. – низкая; от 200 до 500 руб. – средняя; >500 руб. – высокая стоимость курса лечения.

Коэффициент клинической эффективности (ККЭ), определяющий положительные изменения средних величин показателей в единицу времени, выше 2,0 указывает на высокую, от 2,0 до 1,25 – на среднюю и $<1,25$ – на низкую клиническую эффективность. Коэффициент экономической эффективности (КЭЭ), определяющий объем затрат на единицу эффективности, $>0,2$ указывает на высокую, от 0,2 до 0,05 – на среднюю и $<0,05$ – на низкую экономическую эффективность. Проводя сравнительную

* Северо-Осетинская госмедикадемия, г.Владикавказ

оценку коэффициентов клинической и экономической эффективности лекарственных препаратов, врач может выбрать средство с учетом клинической эффективности, а также уровня финансирования ЛПУ и финансовых возможностей пациента.

Для сравнительной оценки клинической и экономической эффективности медикаментозного лечения больных хроническими формами ишемической болезни сердца произведено изучение влияния на нарушение функционального состояния левого и правого желудочков и общую гемодинамику и кровообращение малого круга у больных ИБС ряда периферических вазодилататоров: из группы нитратов (кардикет-ретард), антагонистов кальция (амлодипин), ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (моноприл). Исследования проводились у 150 человек, страдающих стабильной стенокардией напряжения (II ф.к. – 104 человек, III ф.к. – 46 человек), дополнительно подразделенные на следующие клинические группы: стенокардия на фоне постинфарктного кардиосклероза – 75, диффузного мелкоочагового атеросклеротического кардиосклероза – 75 человек. Обе указанные формы, сопровождались гипертонической болезнью у 32 и были осложнены хронической сердечной недостаточностью у 125 больных. Группа для оценки гемодинамических эффектов каждого из указанных препаратов состояла из 50 больных, разделенных на вышеперечисленные клинические подгруппы. Методы контроля – общеклинический, всем больным до, в процессе и после лечения проводилась ЭКГ, эхокардиография, реопульмонография. Определялись показатели систолической и диастолической функции левого (ЛЖ) и правого (ПЖ) желудочков: конечный систолический и диастолический объем, ударный объем, сердечный индекс, фракция выброса, максимальные скорости потока в периоды раннего и позднего наполнения, соотношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения ЛЖ и ПЖ и др. Всего по каждой группе рассчитывали 114 показателей.

Стоимость медикаментозной терапии определялась по средней розничной стоимости препаратов, предоставленной Фармацевтическим управлением Минздрава РСО-Алания. Упаковка препарата «Амлодипин» включающая 30 таблеток по 5 мг стоила 357,72 рубля. Стоимость препарата «Кардикет-ретард» 60 мг в количестве 20 таблеток составила 111,2 рубля. Препарат «Моноприл» 10 мг в количестве 28 таблеток стоил 204 рубля.

Результаты. На фоне лечения больных хроническими формами ИБС кардикетом отмечено улучшение показателей общей гемодинамики, систолической и диастолической функций левого желудочка в 83%, легочного кровообращения – 80,1%, функционального состояния правого желудочка – в 72,1% случаев. Под влиянием амлодипина выявлено улучшение сократительной активности левого желудочка и общей гемодинамики в 91,2%, легочного кровообращения – в 86,2%, функционального состояния правого желудочка – в 80,1% случаев. При приеме моноприла имело место улучшение сократительной деятельности левого желудочка и общей гемодинамики имело место в 84%, легочного кровообращения – в 80,3%, функционального состояния правого желудочка – в 72,1% случаев. Высокие значения коэффициента «г» (0,5–0,84 по основным показателям) говорят о ведущей роли кардикета, амлодипина и моноприла в положительных гемодинамических сдвигах у лиц, страдающих ИБС.

Всего выявлено 99 (28%) «высокодостоверных» положительных изменений средних величин гемодинамических показателей. По отдельным препаратам высокодостоверные изменения (Δ%) составляют у принимавших кардикет – 34 (28,8%), амлодипин – 36 (31,5%), моноприл – 29 (25,4%). Кардикет-ретард назначался под контролем общего состояния больного и АД, в суточной дозе 40–60–120 мг. Средний срок проводимого курса лечения кардикет-ретардом до получения достоверных и наибольших количественных положительных изменений средних величин показателей составил 15,8 дней. Средний курс лечения кардикет-ретардом 1 больного – 1153, 4 мг, стоимость курса 106,57 рубля.

Амлодипин назначался в первоначальной дозе 5 мг в сутки (по 2,5 мг. 2 раза в день). В дальнейшем, при необходимости, суточная доза увеличивалась до 10 мг под контролем АД. Средний срок лечения амлодипином составил 15,4 дней. Средний курс лечения одного больного – 115, 5 мг. Стоимость курса лечения – 275,44 рубля. Индивидуальная доза моноприла устанавливалась с учетом величины АД, степени выраженности сердечной недостаточности и составляла 5–10–20 мг в сутки. Средний срок лечения моноприлом составил 16,3 дней. Средний курс лечения одного больного – 189,08 мг. Стоимость курса лечения – 137,76 рубля.

Для сравнительной оценки клинической и экономической эффективности кардикета, амлодипина и моноприла произведено сопоставление максимально достоверных ($p < 0,001$) и наибольших количественных (по $\pm \Delta\%$) положительных изменений сред-

них величин гемодинамических показателей, сроков проведенных курсов и стоимости полученных препаратов в клинических группах больных ИБС. Рассчитывая по предлагаемой формуле коэффициент клинической эффективности ($ККЭ = \Delta\% / \Delta\%$), получаем результаты: кардикет – 1,82, амлодипин – 2,05, моноприл – 1,56. Рассчитывая по предлагаемой формуле коэффициент экономической эффективности $КЭЭ = \text{Ст} / \Delta\%$, получаем результаты: кардикет – 0,27, амлодипин – 0,11, моноприл – 0,18.

Заключение. Предлагаемый метод раздельной клинической и экономической оценки медикаментозной терапии свидетельствует о клинической и экономической эффективности применяемых методов лечения, что дает возможность выбирать наиболее эффективные и оптимальные варианты лечения больных, учитывая финансовые возможности лечебного учреждения и больного. Использование в качестве критерия клинической эффективности число максимально достоверных и наибольших количественных положительных изменений средних величин показателей, выраженное в процентах, позволяет сформировать единый подход при проведении клинико-экономической оценки эффективности методов лечения заболеваний, расширяет возможности многократного проведения оценки их эффективности с использованием клинических, биохимических и функционально-диагностических критериев улучшения состояния больного. Объективность метода повышает использование в расчетах сроков достижения максимального клинического эффекта.

Простота и удобство расчетов позволяет рекомендовать предлагаемый метод не только в научно-исследовательской работе, но и для применения практическими врачами для определения наиболее эффективных лекарственных препаратов в лечении больных ИБС. Использование метода для определения эффективности медикаментозной коррекции гемодинамических расстройств у больных хроническими формами ИБС позволяет сделать вывод, что амлодипин имеет высокую, а кардикет и моноприл – среднюю клиническую эффективность. Одновременно кардикет имеет высокую, а амлодипин и моноприл – среднюю экономическую эффективность. Препаратом выбора в лечении хронических форм ИБС является амлодипин, а при наличии финансовых ограничений для коррекции гемодинамических расстройств у больных ИБС рекомендуется кардикет. Это не исключает возможность использования моноприла, обладающего средней клинической и экономической эффективностью.

Литература

1. Белоусов Ю.Б. и др. // Сердечная недостаточность. – Т.31 (29), № 6. – 2005. – С.23–27.
2. Рудаков А. // Клин. фармакол. и тер. – 2003. – №3. – С. 23.
3. Белоусов Ю.Б. и др. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2000. – № 1. – С. 54–58.
4. Ольбинская Л.И., Игнатенко С.Б. // Клин. фармакол. и терапия. – 1999. – Т. 8, №4. – С.94–96.
5. Воробьев П.А. и др. Клинико-экономический анализ. – М.: Ньюдиамед, 2004. – С.3–4.
6. Рудаков А // Клин. фармакол. и тер. – 2003. – №1. – С. 87.
7. Воробьев П. и др. // Клин. геронтол. – 2001. – № 12. – С. 9.
8. Чурилин Б.Б. // Качеств. клин. практ. – 2001. – № 2. – С. 63.
9. Erhardt L. et al. // Europ. Heart J. – 1995. – Vol.16. – P.1892.
10. Levy E. // Europ. Heart J. – 1998. – Vol.19, Suppl. – P. 2–4.
11. Kobelt G. // Клин. фармакол. и тер. – 1999. – №2. – С. 50.
12. Kobelt G. // Клин. фармакол. и тер. – 1999. – №4. – С. 93.

УДК 615.322:547.9+543.544

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ В СЫРЬЕ И ПРЕПАРАТАХ СОЛОДКИ ГОЛОЙ МЕТОДОМ ВЭЖХ

З.Д. ХАДЖИЕВА*

Солодка голая (*Glycyrriza glabra*) – одно из древнейших лекарственных растений, не потерявших актуальности до настоящего времени. Традиционно солодка и лекарственные препараты на её основе применяются в медицине в качестве отхаркивающего, обволакивающего, лёгкого слабительного средства [6]. Корень солодки содержит вещества, относящихся к различным классам химических соединений, наиболее ценным в фармакологическом отношении из них являются тритерпеновые и флавоноидные

* ГОУ ВПО Пятигорская фармацевтическая академия, г. Пятигорск, Россия