

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ
НИЗКОЗАТРАТНЫХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ С ПОМОЩЬЮ РЕГУЛЯТОРОВ
ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА**

Мазина Н.К., Хазанов В.А.*, Трифонова О.Ю.*,
Воробьева В.В., Куковякин С.А.

*Кировская государственная медицинская академия,
Киров; *Научно-исследовательский институт
фармакологии ТНЦ СО РАМН, Томск*

К одной из самых затратных статей бюджета здравоохранения на сегодняшний день относятся расходы на медикаментозное обеспечение, которые уступают по величине только затратам на оплату труда. Зарубежные и отечественные исследования показывают, что более 50% финансовых средств, выделяемых на лекарства, используется нерационально. Это обстоятельство затрудняет удовлетворение потребностей общества в доступной и качественной медицинской помощи. Проблема состоит в научном обосновании и доказанной оптимизации использования ресурсов, связанной не с арифметической экономией-урезанием, а с поиском наиболее эффективных и экономически целесообразных медицинских технологий.

Важнейшим этапом принятия управленческих решений по распределению ресурсов здравоохранения является сопоставление клинико-экономических свойств различных медикаментозных технологий. В первую очередь это касается распространенных заболеваний и осложнений от их лечения, ложащихся тяжелейшим экономическим бременем на бюджеты здравоохранения и социального страхования из-за снижения валового внутреннего продукта в связи с потерей трудоспособности (временной или постоянной), смерти или влияния на благополучие следующих поколений.

Согласно данным фундаментальных исследований последних десятилетий энергетическому обмену принадлежит доминирующую роль в реализации приспособительных реакций организма к экстремальным и неблагоприятным факторам окружающей среды, в том числе – к техногенным. Оказалось, что в большинстве случаев ведущие причины распространенных заболеваний сводятся к нарушению регуляторных гомеостатических механизмов на уровне систем энергопродукции клеток – митохондрий (Мх). Дисфункции Мх рассматриваются в качестве базисных элементов, отражающих типовой патологический процесс, связанный с энергодефицитом и дисрегуляцией. В связи с этим появилась возможность через фармакологическую коррекцию функций Мх устранять энергозависимые звенья патогенеза и сопряженную с ними патологию, мобилизовать внутренние ресурсы и расширять адаптивный резерв организма.

В контексте данной парадигмы учеными НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН был создан новый класс препаратов – регуляторов энергетического обмена (РЭО) и оформилось новое направление клинической фармакологии – энерготропная метаболитная фармакотерапия. Возникло предположение, что оптимизирующая направленность, заложенная в механизме действия РЭО, не только повысит клиническую эффективность традиционной фармакотерапии распространенных заболеваний, но и станет основой для

создания множества новых ресурсосберегающих медикаментозных технологий.

В клиниках Томска, Кирова и Новосибирска было организовано многоцентровое клиническое исследование влияния РЭО серии «Янтарь» (НФК, г.Томск), содержащих естественные энергетические метаболиты (сукцинат, глутамат, малат), на эффективность препаратов типичной практики (ПТП) при лечении ряда социально-значимых, в силу их распространенности, заболеваний (ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, туберкулеза, заболеваний опорно-двигательного аппарата, хронической обструктивной болезни легких профессиональной этиологии и вибрационной болезни, патологии беременности и уролого-андрологических расстройств). Исследование с включением 774 пациентов было выполнено в дизайне альтернативных параллельных групп (контрольной – ПТП и основной – ПТП+РЭО), с соблюдением требований рандомизации, проспективности, маскировки. Методы планирования и статистической обработки частотных групповых характеристик в условиях неоднородной клинической информации обеспечили высокие уровни доказательности эффектов РЭО (А и В). Об экономической эффективности альтернативных медикаментозных технологий судили по соотношению коэффициентов «затраты/эффективность», рассчитанных с использованием суррогатных показателей-маркеров, относительно которых получены клинически ($\geq 25\%$) и статистически значимые (по критерию χ^2) различия между группами сравнения, и по данным территориальных ФОМС о стоимости лекарств и сложной медицинской услуги в виде койко-дня в профильных отделениях стационаров.

В процессе базисной фармакотерапии всех индикаторных нозологий уникальные свойства РЭО реализовались в виде повышения клинической эффективности, что в интегральном выражении составило 31,7% ($p=0,0001$) и расценивалось как клинически значимое. Помимо раннего исчезновения симптоматики основных заболеваний или достижения целевых значений показателей-маркеров в группах, получавших РЭО, снижалась частота осложнений, и уменьшались проявления побочных эффектов базисных лекарственных средств. Как было показано в доклинических исследованиях ряда авторов, повышение эффективности может быть обусловлено спецификой фармакокинетического и фармакодинамического взаимодействия РЭО с традиционными медикаментозными средствами.

Согласно фармакоэкономическим расчетам, регуляторы энергетического обмена обладали 1,5-2,0-кратной эффективностью при стоимости в 5-8 раз более низкой по сравнению с крайне немногочисленными зарубежными препаратами, близкими, но не аналогичными по механизму действия. Сравнительная оценка соотношения между затратами и результатами лечения пациентов альтернативных групп в рамках изученных индикаторных нозологий свидетельствует о возможности достижения значительного экономического эффекта поскольку прирост затрат на введение РЭО в схемы традиционной фармакотерапии перекрывается существенным снижением коэф-

фициента «затраты/ эффективность». Условный модуль отрицательного вектора коэффициента в данном исследовании варьировал в пределах $39,7 \pm 8,5$ рублей на 1% эффекта. Согласно проведенному клинко-экономическому анализу введение регуляторов энергетического обмена в схемы лечения распространенных заболеваний позволяет оптимизировать затраты не только на медикаментозные средства, но и способствовать более рациональному расходованию смежных ресурсов здравоохранения за счет снижения длительности пребывания в стационарах, снижения экономического бремени осложнений основного заболевания и его лечения. При использовании РЭО в составе ПТП достижение более высокого эффекта обходится минимальным вложением дополнительных средств, практически обеспечивается само собой по ходу лечебного процесса, демонстрируя высокозначимую клиническую и экономическую целесообразность.

Как известно, в современных условиях экономическая парадигма признана важнейшим компонентом системы управления качеством медицинской помощи (Воробьев П.А. и др., 2004). Исходя из этого дальнейшие разработки низкозатратных фармакотерапевтических технологий с участием регуляторов энергетического обмена серии «Янтарь» могли бы способствовать более рациональному использованию ресурсов здравоохранения, повышению качества медицинской помощи по ее основным составляющим - доступности, действенности, эффективности, безопасности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА

Маланьин И.В., Голуб Ю.Н.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Лечение воспалительных заболеваний периодонта до сих пор является одной из актуальных проблем современной стоматологии. Высокая частота распространения осложнений кариеса, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря зубов и, как результат, снижение работоспособности свидетельствуют об актуальности эффективного лечения патологии периодонта.

При лечении любых воспалительных процессов наиболее активными являются стероидные противовоспалительные средства, они угнетают все фазы воспаления: альтерацию, экссудацию и пролиферацию. Из кортикостероидов наивысшую противовоспалительную активность имеет дексаметазон (Decadron), в 30 раз выше, чем кортизон (Bahn, S.L.: *Glucocorticosteroids in dentistry*, J. Am. Dent. Assoc. 105:476, 1982).

Разнообразие микроорганизмов рассматривается как важное показание для самого широкого применения антибиотиков. Наличие же в крови специфических антител служит рекомендацией для использования иммунокорректирующих средств (И.В. Маланьин, С.И. Рисованный, 1998г.).

В настоящее время в арсенале практической медицины достойное место занимает препарат Виферон. Интерфероны, входящие в состав Виферона, как есте-

ственные факторы неспецифической защиты организма и медиаторы иммунитета обладают самым широким спектром действия.

Виферон совместим с антибактериальными препаратами и глюкокортикостероидами, что позволяет использовать его в комплексном лечении периодонтита.

Взаимодействие компонентов Виферона позволяет значительно снизить дозы и продолжительность курсов антибиотико- и гормоно – терапии (Деленян Н.В., Ариненко Р.Ю., Мешкова Е.Н.; Под ред. Малиновской В.В. Виферон. Руководство для врачей – М., 1997.- 33с.).

Антиоксидантные компоненты Виферона – аскорбиновая кислота – и α -токоферола ацетат регулируют окислительно-восстановительные процессы в организме, углеводный обмен, способствуют регенерации тканей, участвуют в биосинтезе белков и тканевом дыхании и пр. Хорошо известно иммуномодулирующее действие α -токоферола и его протективный эффект при сочетании с химиопрепаратами.

Вышеперечисленное побудило авторов к созданию нового способа лечения периодонтита включающего в себя применение препарата Цефазолин натрия в комплексе с Вифероном и кортикостероидом Дексаметазоном.

Целью данной работы явилась повышение эффективности лечения периодонтита, повышение качества жизни больных.

Задачей настоящего исследования явилась разработка и обоснование нового способа лечения периодонтита, включающего применение антибиотика, иммуномодулятора и кортикостероида.

Материалы и методы. Используемый нами способ заключается в том, что в очаг поражения на 10-15 дней вводят в смеси антибиотик Цефазолин натрия, иммуномодулирующий препарат Виферон и кортикостероид Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1 в дозе 0,5-1 гр., при этом лекарственную смесь размещают в корневом канале с выведением её за апикальное отверстие, в очаг воспаления.

Способ осуществляют следующим образом: После трепанации, экстирпации пульпы или остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 мм) канал, как обычно, промывают, очищают, а затем высушивают. Затем с помощью каналонаполнителя вводят в корневой канал в смеси Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1 в дозе 0,5-1 гр. При введении лекарственной смеси в корневой канал её выводят за апикальное отверстие. Препараты оставляют в канале на 10 – 15 дней. После этого канал пломбируют по общепринятой методике, предпочтительно с применением гутаперчивых штифтов и метода латеральной конденсации.

При лечении периодонтита применение предложенного способа было апробировано у 100 пациентов, 50 больных составили контрольную группу, лечение которых производили традиционным способом.

У 52% пациентов контрольной группы, лечение которых производили традиционным способом, в течение 4-5 дней ощущалась боль при накусывании в области причинного зуба. Боль иногда усиливалась