

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАТИЛЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Литвинова Е.В., Посылкина О.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

hlitvinova@mail.ru

Постановка проблемы: хронический простатит занимает первое место по распространённости среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы и одно из первых мест среди мужских заболеваний в целом. В настоящее время заболеванием страдает до 35% мужчин трудоспособного возраста, у 7-36% больных он осложнен везикулитом, эпидидимитом, расстройствами мочеиспускания, репродуктивной и половой функций. Одним из средств, применяемых в терапии хронического простатита, являются препараты простатилена, представляющие комплекс биологически-активных пептидов, выделенных из предстательных желез крупного рогатого скота. В то же время, исследований, посвященных оценке фармакоэкономических аспектов применения простатилена при лечении хронического простатита, до настоящего времени проведено не было.

Методы исследований: с целью получения комплексной объективной фармакоэкономической оценки были проведены анализ и систематизация литературных данных о применении препаратов простатилена у пациентов с хроническим простатитом. Исследования проводились с использованием баз данных, еженедельника Аптека в сети Интернет; ретроспективность поиска составила 2004-2014 гг.

Результаты: в многочисленных исследованиях получены результаты о положительном влиянии простатилена на трофику предстательной железы, течение воспалительного процесса. Простатилен обладает простатопротекторным действием, уменьшает отек и лейкоцитарную инфильтрацию предстательной железы, улучшает процессы микроциркуляции и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, положительно влияет на

функциональную активность сперматозоидов. Препарат корректирует антителопродукцию и стимулирует антимикробную активность нейтрофилов, обладает противовоспалительным действием. Простатилен влияет также на тонус мышц мочевого пузыря, включая тонус детрузора. Так, при 2-х недельном курсе лечения исчезновение или значительное уменьшение симптомов хронического простатита отмечено в 78,3% случаев в подгруппе пациентов, получавших Простатилен (суппозитории, ОАО «Нижфарм») и в 69,2% случаев в подгруппах пациентов, получавших традиционную терапию. При повторном курсе терапии всем пациентам назначали Простатилен, инъекции. Благодаря этому эффективность лечения со сроком наблюдения до 3,5 лет отмечена у 82,7% пациентов.

Имеются данные сравнительной оценки эффективности и переносимости препарата Простатилен-цинк (суппозитории, АО «Лекхим-Харьков») и препарата Простатилен (суппозитории, АО «Лекхим-Харьков») у 86 пациентов с хроническим простатитом, курс лечения составил 10 дней (ГУ «Институт Урологии АМН Украины»). Сообщается, что терапевтическая эффективность препарата Простатилен-цинк, суппозитории, в исследовании составила 88,4%, что выше, чем у референтного препарата Простатилен, суппозитории (83,7%). Препараты хорошо переносятся и обладают минимальными побочными эффектами.

Заслуживают интерес данные изучения эффективности и безопасности применения препарата Простатилен-Биофарма (лиофилизат для приготовления раствора для в/м введения, ЧАО «Биофарма») в схемах терапии хронического калькулезного простатита в клинике ГУ «Институт урологии НАМН Украины» на 120 мужчинах. Пациентам опытной группы в схему комплексной терапии (антибактериальная, противовоспалительная, анальгетики) был включен Простатилен-Биофарма, по 20 мг в/м через день на протяжении 20 дней, всего 10 инъекций на курс. В контрольной группе пациентов лечение проводилось по стандартной методике – антибактериальная, противовоспалительная, анальгетики. За время проведения исследования у подавляющего большинства

пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных явлений и аллергических реакций. Выявлено, что Простатилен-Биофарма обладает противоотечным противовоспалительным действием, улучшает микроциркуляцию в ткани предстательной железы.

Проведена сравнительная фармакоэкономическая оценка 10 дневного курса лечения препаратами простатилена производства АО «Лекхим-Харьков», ЧАО «Биофарма» с использованием базы данных еженедельника «Аптека» в сети Интернет. Затраты на курс лечения хронического простатита составили для суппозиториев Простатилен (АО «Лекхим-Харьков») – 75,35 грн., лиофилизированного раствора для инъекций Простатилен-Биофарма (ЧАО «Биофарма») – 128,54 грн., для суппозиториев Простатилен-цинк (АО «Лекхим-Харьков») – 133,20 грн. При этом ценовая доступность указанных препаратов (величина дневной заработной платы наиболее низкооплачиваемого работника бюджетной сферы для оплаты курса лечения) составляет для суппозиториев Простатилен (АО «Лекхим-Харьков») – 1,3, раствора для инъекций Простатилен-Биофарма – 2,2 (ЧАО «Биофарма»), суппозиториев Простатилен-цинк (Лекхим-Харьков) – 2,3.

Результаты проведенного анализа показали, что наиболее доступными по цене являются суппозитории Простатилен (АО «Лекхим-Харьков»), среднее значение затрат на лечение этим препаратом ниже, чем у препаратов- аналогов. Однако, при этом суппозитории Простатилен-цинк (АО «Лекхим-Харьков») продемонстрировали лучшую терапевтическую эффективность.

Выводы: результаты клинических исследований препаратов простатилена свидетельствуют о наличии у них простатопротекторного, противовоспалительного действия, благоприятного профиля безопасности и хорошей переносимости больными с хроническим простатитом. Их применение позволяет снизить расходы на лечение и значительно улучшить качество жизни больных. Полученные результаты позволяют считать применение препаратов простатилена доминантной альтернативой в комплексном лечении хронического простатита.

ЗАГАЛЬНА ВАРТІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Вадзюк Ю.С.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.

Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

yuliavadziuk@mail.ru

Гіпотиреоз є поширеним захворюванням, що має важливе медичне та соціальне значення. Наукові дослідження, які стосуються різних аспектів цієї патології, зокрема аналіз вартості медикаментозної терапії для її лікування на даний час в Україні відсутній.

Метою дослідження було визначити загальну вартість фармакотерапії для лікування хворих на гіпотиреоз в умовах ендокринологічного відділення комунального закладу Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня».

Ми провели ретроспективний аналіз медичних карт 81 хворого, що знаходились на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні.

У результаті проведеного фармакоеконімічного аналізу медикаментозної терапії хворих на гіпотиреоз на основі методу «загальна вартість захворювання» ми встановили, що вартість медикаментозного лікування основного захворювання становить 419,23 грн., ускладнення основного захворювання – 31457,68 грн., супутніх захворювань – 11369,25 грн. Загальна вартість фармакотерапії усіх хворих склала 43246,16 грн. за курс лікування, тобто 533,91 грн. у розрахунку на одного хворого.

Таким чином, результати роботи вказують на те, що найбільше коштів було витрачено на лікування ускладнень, пов'язаних із основним захворюванням.

АВС/ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Герасимова О.О., Кузнецов І.Е., Рабоча А.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

gerasimowa.o@yandex.ua

Вступ. Ревматоїдний артрит (РА) відноситься до тяжких аутоімунних захворювань, що мають вагомe медико-соціальне значення. Це обумовлено високими показниками інвалідизації та летальності даної категорії хворих, зниженням їх якості життя та значними фінансовими витратами на лікування. В даній ситуації актуальним є проведення раціональної фармакотерапії захворювання та оптимізація витрат на неї, що обумовлює необхідність проведення фармакоеконімічної оцінки фармакотерапії РА.

Мета даної роботи – визначити частоту призначень лікарських препаратів (ЛП) для лікування пацієнтів з РА в стаціонарних умовах та оцінити структуру витрат на них.

Методики дослідження. Для досягнення поставленої мети дослідження було проаналізовано 82 історії хвороби пацієнтів з РА, які проходили лікування у терапевтичному відділенні однієї з клінік м. Харкова. Аналіз лікарських призначень пацієнтам з зазначеною патологією та структури фінансових витрат на їх фармакотерапію проводили за допомогою допоміжних фармакоеконімічних методів: частотного та АВС-аналізів. Для визначення вартості на курс лікування ЛП, які призначались пацієнтам з РА, використовували середньовиважену ціну на них у досліджуваній період в аптечній мережі України.

Основний матеріал дослідження. За результатами аналізу історій хвороб пацієнтів з РА було визначено 37 ЛП (20 міжнародних непатентованих назв (МНН)) 14 фармакологічних груп. В історіях хвороб частини пацієнтів, окрім РА, були зазначені також наступні супутні захворювання: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, хронічний гастродуоденіт, хронічний

панкреатит, хронічний коліт, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, залізодефіцитна анемія, хронічне обструктивне захворювання легенів.

Лідерами за частотою призначень пацієнтам були ЛП наступних фармакологічних груп: цитостатики, інгібітори протонної помпи, нестероїдні протизапальні засоби, антациди та препарати, що містять залізо. Більшість з них використовувалась для лікування супутніх захворювань, що були зареєстровані у пацієнтів з РА. Згідно з принципами АВС-аналізу досліджувані ЛП були розподілені на групи А, В та С за ступенем витратності на них. До групи А увійшли найбільш витратні препарати (79,46% коштів від загальної суми витрат на лікарські засоби) - 9 ЛП; до групи В – торгові найменування з помірною витратністю (14,98%) – 12 ЛП; до групи С – найменш витратні торгові найменування (5,56%) – 16 ЛП. Лікарські препарати, що увійшли до найбільш витратної групи А, використовувались для лікування як основного, так і супутніх захворювань. Вони були представниками наступних груп: цитостатики, інгібітори протонної помпи, нестероїдні протизапальні засоби, препарати ферментів, препарати, що містять залізо, антибактеріальні засоби, антациди. Позицію лідера як у АВС-, так і у частотному рейтингу зайняв препарат базової терапії РА - цитостатик «Метотрексат» («Ebewe Pharma», табл. 2,5 мг № 50, Австрія): 22,92 % від загальної суми витрат на всі досліджувані ЛП та 52 призначення пацієнтам. Препарат мав високу ціну упаковки (128,36 грн.) та значну вартість курсу лікування РА у 1 хворого (128,36 грн).

Висновки. Отримані результати дозволили визначити ЛП, які найчастіше призначались пацієнтам з РА у даному відділенні, та з'ясувати структуру витрат на них. З метою подальшого дослідження питань щодо раціонального використання як грошових коштів на фармакотерапію пацієнтів з РА в даному відділенні, так і ЛП для її проведення необхідно є її оцінка відповідно до клінічного протоколу лікування захворювання та Державного формуляру лікарських засобів України (проведення VEN-аналізу).

АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ ДІТЕЙ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Беляєва О.І.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

boioef@ukr.net

Пневмонія у дітей є однією з найважливіших медичних і соціальних проблем як у нашій країні, так і в усьому світі в силу значної її поширеності і високому показнику летальності. Лікування пневмонії проводиться у відповідності з національним протоколом, який затверджено наказом МОЗ України від 13.01.2005 р. №18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія».

Згідно протоколу для лікування пневмонії призначаються: антибіотики (у суворо ранжированній послідовності), відхаркувальні засоби, жарознижуючі засоби, в окремих випадках антигістамінні препарати. Профілактика ускладнень антибіотикотерапії обов'язково передбачає призначення вітамінів, та при тривалому застосуванні антибіотиків широкого спектру – пробіотиків (мультипробіотиків). Крім цього кожній дитині (особливо раннього віку) по закінченні гострого періоду, повинен бути призначений курс адаптогенів в комплексі з полівітамінами. Таким чином, у зв'язку зі складністю та багатокомпонентністю патогенезу пневмонії лікарями призначається велика кількість ліків різноспрямованої дії.

Метою нашої роботи стало проведення аналізу лікарських призначень хворим дітям з пневмонією для виявлення фактів поліпрагмазії.

Нами були вивчені індивідуальні карти 124 стаціонарних хворих дітей, госпіталізованих з приводу пневмонії - 68 (54,8%) хлопчиків і 56 (45,2%) дівчаток. Переважну частину хворих склали діти дошкільного періоду (3-7 років).

Аналіз фармакотерапії пневмонії у пацієнтів показав, що середня кількість призначених препаратів була 8,17 (від 4 до 16 препаратів), та середній показник вартості споживання ЛЗ на одного хворого склав близько 3370 грн.

Таким чином, наведені показники вартості споживання ЛЗ на одного хворого та виявлення фактів поліпрагмазії, які підтверджені проведеним аналізом, приводять до додаткового економічного навантаження на батьків хворої дитини, а також вимагають подальшого проведення фармакоекономічних досліджень з метою раціоналізації ресурсного забезпечення лікувального процесу пневмонії у дітей.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВИТРАТ НА ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Заліська О.М., Штейн Т.Ю., Горбачевська Х.-О.Я.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

olzaliska@ukr.net

Актуальність. В Україні проводиться фінансування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) за бюджетні кошти з 2004 року. У більшості європейських країн витрати на ДРТ компенсуються з фондів страхування, проте діють обмеження на кількість таких циклів. Оцінка витрат на ДРТ має важливе соціальне значення, бо у приватних медичних клініках оплачується пацієнтами.

Мета. У зв'язку з прийняттям наказу МОЗ від 09.09.2013 № 787 “Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні”, розширенням використання ДРТ у практиці, доцільно оцінити загальні витрати диференційовано різних схем ДРТ.

Матеріали і методи. Об'єктом нашого вивчення були схеми ДРТ, які використовуються у спеціалізованій приватній клініці м.Львова. Для оцінки

витрат використані діючі тарифи і ціни на препарати в аптеці (станом на 01.03.2014), що функціонує у досліджуваному медичного закладу.

Результати. За одержаною експертною оцінкою більшість пацієнтів починає лікування з внутрішньоматкових інсемінацій (ВМІ), що спричинено соціально-психологічними причинами. Загальна вартість ВМІ з стимуляцією 4300 грн., з матеріалом донора – 7050 грн. Ефективність методу ВМІ становить не більше 9-15%, після 3-4 невдалих спроб показано екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ). Оцінено, що витрати на медичні послуги ЕКЗ в природному циклі становлять 6750 грн., на ліки – 1050 грн., таким чином, загальна вартість 7800 грн. Отже, різниця в цінах між ВМІ та ЕКЗ в природному циклі незначна, а ефективність ЕКЗ є більш високою. Соціально орієнтованими є міні ЕКЗ – з мінімальною стимуляцією суперовуляції з отриманням 3-6 яйцеклітин, вартість програми 10900 грн, препаратів 5740 грн, тобто загальні витрати – 16640 грн. Ефективність, як при класичному ЕКЗ, в середньому 30-40%. Для стимуляції овуляції використовуються нові лікарські форми, для пацієнок з достатнім оваріальним резервом, зокрема препарат Елонва, що вводиться 1 раз на 7 днів.

Висновки. Проведено оцінку витрат на схеми ДРТ, які включені у діючий Наказ МОЗ України, визначено, що важливим є аналіз загальних витрат, з урахуванням вартості лікарських засобів диференційовано до схем ВМІ та ЕКЗ. Визначено, що соціальн-орієнтованих схем ДРТ є схема ВМІ, витрати на які становлять від 6000 до 7050 грн. на один цикл. Витрати на ЕКЗ в природному циклі, без стимуляції суперовуляції, складають 6750 грн., причому ефективність в середньому 20-30%, зі стимуляцією – 7800 грн і зростає ефективність. Соціально орієнтованими є схеми міні ЕКЗ, витрати на які становлять більше 16 тис. грн. Необхідні подальші фармакоекономічні дослідження схем ДРТ з урахуванням даних про ефективність ДРТ у конкретному медичному закладі.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ХОЛЕЛІТІАЗ

Трохимчук В.В., Кирпач О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,

м. Київ, Україна

tvvo@ukr.net

Холелітіаз (К.80, жовчнокам'яна хвороба) є однією із найпоширеніших хвороб жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та за останні роки захворюваність дорослого населення на дану патологію значно збільшилася.

Метою наших досліджень стало провести аналіз показників поширеності і захворюваності населення та фармацевтичного забезпечення хворих на холелітіаз з врахуванням фармакоекономічних показників.

В процесі дослідження використані дані медичних протоколів (додаток до наказу МОЗ України від 05.05.2003 № 191, медичної статистики закладів охорони здоров'я відповідних областей, обласного центру медичної статистики, матеріали періодичних видань.

За результатами дослідження фармацевтичного забезпечення терапевтичного лікування хворих використовуються антибактеріальні, спазмолітичні засоби та прокінетики. Серед антибактеріальних засобів призначаються ципрофлоксацин (G01MA02), доксициклін (G01AA02) і цефуроксим (зіннат) (G01DA06), цефтріаксон, що представлені на фармацевтичному ринку України в 2013 році у вигляді 18, 6, 36 (7), 17 найменувань препаратів відповідно.

Далі нами з'ясовані коливання номенклатури препаратів з урахуванням середніх значень використання препаратів на курс лікування одного хворого з застосуванням коефіцієнту інтенсивності частоти призначень, що дозволить у подальшому обґрунтувати мінімальний перелік препаратів для включення в локальний формуляр.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ТА ДОКАЗОВА БАЗА ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Левицька О.Р.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

levytska.oksana@gmail.com

Вступ. Ішемічний інсульт (ІІ) – одна із найскладніших та найважчих проблем сучасного суспільства в цілому і медицини зокрема, яка потребує адекватного фармакотерапевтичного забезпечення.

Мета: Раціоналізація фармакотерапії (ФТ) та покращення фармацевтичної допомоги хворим з ІІ.

Методики дослідження: системного та контекстного аналізів.

Основний матеріал дослідження. В ході дослідження опрацьовано основні медико – технологічні та нормативні документи, які регламентують надання допомоги пацієнтам з ІІ в Україні.

Показано, що лікування гострого періоду ІІ включає базисну, специфічну терапії, профілактику та лікування ускладнень. Охарактеризовано основні терапевтичні стратегії базисної терапії, які передбачають корекцію порушень дихання, стабілізацію функцій серцево-судинної системи, нормалізацію водно-електролітного балансу, корекцію рівня глюкози у крові та температури тіла з позицій доказовості використання різних груп лікарських засобів (ЛЗ).

Проведено пошук інформації стосовно використання ЛЗ, призначених для специфічної (диференційованої) терапії гострого періоду ІІ та доказових даних щодо їх ефективності. Виявлено, що диференційована терапія повинна включати тромболітичну терапію за показаннями, антикоагулянтну – хворим з кардіоемболічним інсультом; антиагрегантну – пацієнтам, яким не було проведено тромболітичної терапії.

Досліджено інформаційні потоки щодо ефективності та безпеки використання тромболітиків, антикоагулянтів, антиагрегантів і нейропротекторів при диференційованій терапії гострого періоду ІІ (n = 91 джерело) та щодо використання ЛЗ, призначених для лікування і профілактики його ускладнень (n = 16 джерел), а саме, лікування і профілактики набряку мозку та нутритивної підтримки.

Висновки. На підставі дослідження сучасної інформації високого рівня доказовості встановлено необхідність гармонізації існуючої нормативної бази, яка визначає характер лікувальної програми при ІІ, а також раціоналізації ФТ цієї хвороби.

АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Яковлева Л.В., Думенко Т.М., Рибка А.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

Вступ. В даній роботі використаний *формальний VEN аналіз*, який дозволяє визначити якість фармакотерапії групи хворих з конкретним захворюванням у конкретному ЗОЗ за індексом важливості лікарського препарату по критерію його наявності у нормативних документах країни, що регулюють забезпечення лікарськими препаратами (перелік життєво необхідних лікарських засобів, Державний формуляр, протоколи лікування). У цьому випадку ЛП присвоюють один з двох індексів: V – за наявності ЛП в нормативному документі; N – за відсутності ЛП в нормативному документі

Мета. Визначити рівень впровадження формулярної системи на державному рівні при лікуванні дисциркуляторної енцефалопатії в неврологічному відділенні міста Харкова.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження є індивідуальна медична документація (історії хвороби) пацієнтів з діагнозом ДЕ, які проходили лікування на базі науково-практичного медичного центру ХНМУ протягом травень 2012 – травень 2013 років. Проаналізовано 330 історій хвороб. Використаний формальний VEN-аналіз згідно з Державним формуляром (ДФ) 5 випуску.

Результати. В результаті аналізу із 330 історій хвороб виділено 150 торгових найменувань (ТН) лікарських препаратів. У фармакотерапії ДЕ часто використовуються метаболічні препарати (A16AX): актовегін (131 призначення), солкосерил (20 призначень), ноотропні та психостимулюючі засоби (N06BX): цераксон (18 призначень), вінпоцетин (36 призначень), котрексин (13 призначень). Проте ДФ лікарських засобів 5 випуску цих препаратів не вносить до переліку життєвонеобхідних. Що вказує на недоведену клінічну ефективність, і повинно обмежувати використання цих препаратів у реальній клінічній практиці. Проте, ці препарати успішно використовуються і надалі лікарями при призначенні фармакотерапії ДЕ.

Фармакотерапія ДЕ в неврологічному відділенні м. Харкова на 77,3 % відповідає ДФ 5 випуску, так як кількість препаратів, які увійшли до категорії N – 34 ЛП, дорівнює 22,6%, відповідно життєво необхідних препаратів (категорія V) – 77,3 %.

Висновок. Фармакотерапія ДЕ у досліджуваному ЗОЗ здебільшого відповідає чинним нормативним документам, оскільки 77,3% призначень становлять препарати категорії V (життєвонеобхідні) згідно з ДФ 5 випуску. Це свідчить, що формулярна система впроваджується, але потрібен постійний моніторинг ступеня її впровадження, вдосконалення інформованості лікарів про необхідність використання формулярних довідників різного рівня для забезпечення якісної фармакотерапії ДЕ.

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТЕНДЕРНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ АНТИРЕТРОВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Немченко А.С., Гнатюк О.О., Корж Ю.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

За умов реформування вітчизняної системи охорони здоров'я у напрямку впровадження обов'язково медичного страхування особливої соціально-економічної актуальності набувають питання контролю за раціональним використанням ресурсів, необхідних для виконання державних гарантій з реалізації медичних заходів та фармацевтичної допомоги найбільш соціально уразливим групам населення й хворим. До останніх з повною відповідальністю можна віднести хворих на ВІЛ-інфекцію. Забезпечення зазначеної групи хворих доступною та якісною медичною й фармацевтичною допомогою потребує значних фінансових ресурсів, які повинні надаватися за рахунок центрального та місцевих бюджетів. Вищезазначене й визначило мету дослідження, що полягала у проведенні клініко-економічного аналізу (КЕА) тендерних закупівель антиретровірусних лікарських засобів (ЛЗ), які застосовуються при лікуванні хворих на ВІЛ-інфекцію.

Для проведення КЕА нами були обрані показники закупівель антиретровірусних ЛЗ за витратами центрального бюджету України у 2012 р. Встановлено, що за кошти Державного бюджету України було придбано 23 торгівельні назви ЛЗ антиретровірусної дії на загальну суму 205 438, 9 тис. грн.

Результати проведеного аналізу змістового складу тендерних закупівель антиретровірусних ЛЗ у 2012 р дають змогу стверджувати про наступне. У структурі тендерних закупівель ЛЗ надавалася перевага основним схемам антиретровірусної терапії (АРТ) 1-го ряду, до складу яких входять ЛЗ іноземного виробництва, їх питома вага складала 86 % від загальної кількості ЛЗ, що переважно відносяться до генеричних препаратів. Це пов'язано з обмеженим бюджетним фінансуванням та недосконалістю процедури

проведення тендерних закупівель. Антиретровірусні ЛЗ вітчизняного виробництва представлені тільки двома виробниками: фармацевтичною компанією ПрАТ «Дарниця» та ТОВ «Люм'єр Фарма» з питомою вагою 14 %. Необхідно відмітити, що за тендерами закуповується лише 5 ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою та лідируючі позиції за витратами займають такі препарати, як лопінавір/ритонавір (49,99 % від загальної суми витрат на ЛЗ), ефавіренз (18,53 %), зидовудин/ламівудин (13,25%).

За результатами проведеного АВС-аналізу складу тендерних закупівель ЛЗ антиретровірусної дії встановлено, що до складу групи А увійшли 6 торгівельні назви препаратів з урахуванням форм випуску (26,09 % від загальної кількості закуплених ліків). За групою А витрати за тендерними закупівлями на вітчизняні ліки становлять 17,81 % від загальних витрат за групою. Встановлено, що за групою А лідерами за витратами були такі ЛЗ, як Алувіа «Абботт ГмбХ і Ко. КГ», Німеччина; Комбівудин ПрАТ «Дарниця», Україна; Тенвір Ем Ципла Лтд., Індія. Групу В склали 8 препаратів (34,78 % відповідно), серед яких ЛЗ вітчизняного виробництва становлять 2,08 %. Групу С – 9 ЛЗ (39,13 %), вітчизняні ЛЗ займають 2,08 %.

При проведенні VEN-аналізу складу тендерних закупівель ЛЗ застосовувався традиційний підхід до визначення індексу того чи іншого препарату. За результатами проведеного VEN-аналізу складу тендерних закупівель ЛЗ встановлено, що 19 ЛЗ або 82,61 % від усіх закуплених препаратів належали до групи V.

Далі був проведений інтегральний АВС / VEN-аналіз тендерних закупівель ЛЗ антиретровірусної терапії. Споживання ЛЗ за групою V склало 199 530, 5 тис. грн., а за групою E – 590 8, 4 тис. грн. Встановлено, що 81,89 % від загальної суми витрачених державних коштів припадало на групу ЛЗ, що мали статус A/V. Отже, проведений КЕА тендерних закупівель антиретровірусних ЛЗ, які застосовуються у лікуванні хворих на ВІЛ-інфекцію, показав, що процес тендерних закупівель ЛЗ потребує подальшого удосконалення.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРТОСТІ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ НА РАК ЛЕГЕНІВ

Немченко А.С., Фурса Л.І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

В Україні, як і в цілому світі, використання протипухлинних препаратів (ПП) у лікуванні онкологічних хворих потребує залучення значних фінансових ресурсів. Міжнародний досвід свідчить, що практично в жодній країні світу хворі на злоякісні новоутворення (ЗН) не в змозі самотійно компенсувати витрати на ефективне та високоякісне лікування. В умовах обмеженості фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є доцільним вивчення проблеми організації надання ефективної фармацевтичної допомоги хворим на рак легенів, яка здійснюється за кошти державного бюджету України, обласних й місцевих бюджетів, інших джерел. Для вирішення зазначеного кола проблем необхідно проводити ґрунтовні фармакоєкономічні дослідження схем хіміотерапії ЗН.

Мета дослідження полягає в фармакоєкономічній оцінці вартості основного переліку схем хіміотерапії дрібноклітинного раку легенів (ДКРЛ) та недрібноклітинного раку легенів (НДКРЛ), затверджених наказом МОЗ України від 17.09.2007 р. № 554 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Онкологія".

Методом дослідження вартості ПП основного переліку схем хіміотерапії на НДКРЛ та ДКРЛ був обраний метод фармакоєкономічного аналізу, а саме «вартість захворювання».

Відповідно до схем хіміотерапії на НДКРЛ та ДКРЛ при проведенні хіміотерапії застосовується комбінація ПП з вказівкою дозування за основним та додатковим переліками, що передбачає одночасне або послідовне в межах одного курсу застосування кількох ПП. Основний перелік ПП при НДКРЛ та ДКРЛ це базова хіміотерапія у якій використовуються комбінації активних по відношенню до

раку легенів (РЛ) ПП за МНН. До складу якого входять: циклофосфамід, іфосфамід, вінбластин, вінкрисдин, етопозид, епірубіцин, доксорубіцин, мітоміцин, цисплатин, карбоплатин, ломустин. Використання ПП додаткового переліку здійснюється за умов наявності достатнього матеріально – технічного забезпечення закладу. З огляду на сучасні напрямки реформування системи охорони здоров'я пріоритетним у виборі ПП серед аналогів для розрахунків середньої вартості схем було обрано ПП вітчизняного виробництва.

Для розрахунку вартості схем хіміотерапії були використані закупівельні ціни з урахуванням торгової (роздрібною) націнки 10% (відповідно до Постанови КМУ від 17.10.2008р. № 955). Оцінка вартості ПП за основним переліком схем хіміотерапії визначалась із розрахунку на площу поверхні тіла, а саме було взято до уваги середньозважену площу тіла хворого ($A=1,8\text{m}^2$). Розрахунок здійснювався відповідно до стадій та кількості курсів лікування (6 курсів). Встановлено, що при лікуванні хворих на НДКРЛ найменш витратним серед основних схем хіміотерапії при всіх стадіях захворювання є застосування ПП за схемою: циклофосфамід + доксорубіцин + цисплатин. Вартість 6 курсів хіміотерапії становить 3720,82 грн. – 465,51 дол. США. Найбільші витрати спостерігаються при застосуванні ПП за схемою: іфосфамід + етопозид + карбоплатин з додатковим призначенням месни. Вартість 6 курсів хіміотерапії складає 24162,34 грн. або 3022,94 дол. США. При ДКРЛ найменш витратним є застосування ПП з використанням схеми: циклофосфамід + доксорубіцин + вінкрисдин. Середнє значення витрат на 6 курсів склало 7418,27 грн. або 1012,04 дол. США. У свою чергу найбільші витрати спостерігаються при застосуванні схеми: іфосфамід + етопозид + карбоплатин з додатковим призначенням месни, середні витрати становлять 36243,51 грн. або 4944,54 дол. США.

Проведений аналіз показав, що вартість хіміотерапії НДКРЛ та ДКРЛ потребує більш детального фармакоекономічного аналізу вартості схем хіміотерапії РЛ з використанням показника ефективності, що дозволить оптимізувати витрати охорони здоров'я на забезпечення ПП хворих на ЗН.

АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІКСОВАНИХ КОМБІНАЦІЙ

Міщенко О.Я., Адонкіна В.Ю., Налевіна О.І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) становить серйозну проблему для населення різних країн і є одним з основних факторів ризику розвитку мозкового інсульту, інфаркту міокарда, серцевої і ниркової недостатності, ішемічної хвороби серця. За даними офіційної статистики МОЗ на 1.01.2011 р. в Україні зареєстровано 12 млн. хворих на АГ, що складає 32,2% дорослого населення країни. Останнім часом спостерігається стійке зростання поширеності АГ. Основною стратегією фармакотерапії АГ є досягнення цільового рівня АТ. Ситуація щодо контролю АГ в Україні складається вкрай несприятливо. Ефективність лікування становить відповідно 8,1% для сільського та 18,7% для міського населення. Не зважаючи на значну кількість антигіпертензивних препаратів (АГП), цільовий рівень АТ досягається у незначній частки пацієнтів. Монотерапія ефективна менше, ніж у 50% пацієнтів, а понад 60% пацієнтів потребують лікування більше, ніж одним препаратом, що значно знижує їх комплаєнтність.

З огляду на це зростає роль фіксованих комбінацій (ФК) в антигіпертензивній терапії, що надає такі переваги: зниження вартості лікування; спрощення режиму лікування, що значно підвищує прихильність пацієнтів до терапії. Сучасний підхід застосування ФК – призначення низькодозових комбінацій як тактики першого вибору. В загальній структурі споживання АГП частка споживання ФК незначна. У порівнянні з Європейськими країнами в Росії та в Україні превалює споживання ФК більш ранніх генерацій, як таких, що є більш дешевими.

Метою даного дослідження був аналіз економічної доступності антигіпертензивної терапії з використанням ФК.

Методики дослідження. Для оцінки економічної доступності антигіпертензивної терапії з використанням ФК використали коефіцієнт адекватності платоспроможності (Ca.s.), що характеризує динаміку співвідношення вартості терапії та платоспроможності споживача. Показник Ca.s. – це співвідношення вартості місячного курсу антигіпертензивної терапії до середньої місячної заробітної плати в Україні: $Ca.s. = P.c.t. / Wa.w. \times 100$, де: Ca.s. – коефіцієнт адекватності платоспроможності; P.c.t. – вартість місячного курсу лікування; Wa.w. – середньомісячна заробітна плата протягом 2012 року. Розмір середньої заробітної плати за 2012 рік, що знаходили на сайті: www.ukrstat.gov.ua, становив 3031 грн. Чим більше значення коефіцієнту Ca.s., тим менш доступним для споживача є курс терапії з використанням препарату.

Основний матеріал дослідження. Результати аналізу коефіцієнтів платоспроможності ФК АГП свідчать про те, що тільки 32% цих засобів є економічно доступними для середньостатистичного споживача. Для решти 68% ФК АГП коефіцієнт платоспроможності перевищує одиницю, тобто ці засоби (більшість) є менш доступними. Серед усіх фармакотерапевтичних груп визначені АГП, що є економічно доступними ($Ca.s. \leq 1$), 100% ФК гіпотензивних препаратів центральної дії, 100% блокаторів бета-адренорецепторів, 48,6% інгібіторів АПФ, 23,6% антагоністів рецепторів ангіотензину (АРА) II з діуретиками та 33,3% ФК діуретиків. В основному це групи препаратів, що представлені здебільшого генеричними препаратами вітчизняного виробництва.

Висновок. Таким чином аналіз економічної доступності ФК АГП показав, що тільки третина препаратів є доступними для середньостатистичного українського споживача. Серед усіх фармакотерапевтичних груп АГП найбільш економічно доступними є ФК гіпотензивних препаратів центральної дії, бета-адреноблокаторів, інгібіторів АПФ, АРА II з діуретиками та ФК діуретиків.

АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Яковлева Л.В., Бондаренко Д.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

bonddaria@yandex.ru

Введение. Распространенность боли в нижней части спины (БНС) в мире среди взрослого населения составляет от 40% до 80%, а ежегодная заболеваемость – 5%. Боль в спине приводит к ухудшению качества жизни больных, временной или полной утрате трудоспособности. Рост числа пациентов с БНС влечет за собой увеличение расходов на лечение. В последние годы в экспериментальных и клинических условиях был замечен анальгетический эффект витаминов группы В (тиамина, пиридоксина, цианокобаламина) при совместном применении с диклофенаком.

Цель исследования – провести сравнительный анализ «затраты-эффективность» различных схем лечения боли в нижней части спины, включающих диклофенак и Мильгамму.

Методы исследования. Для анализа были взяты результаты исследования, опубликованные в статье «Витамины группы В в лечении острых болей в спине: миф или реальность?» автора А.Б. Данилова в 2007 году в четвертом номере российского журнала «Лечащий врач». Согласно данным статьи было проведено рандомизированное открытое сравнительное исследование эффективности препарата Мильгамма, диклофенака и их комбинации в лечении острых БНС, включающее 60 пациентов. Все больные были разделены на 3 группы. Первая группа (контрольная «Д», 20 пациентов) 10 дней получала в/м диклофенак в дозе 75 мг/сутки. Во второй группе (опытная «М», 20 пациентов) лечение проводили препаратом Мильгамма, который вводили в/м по 1 ампуле в сутки 10 дней. Третья группа (опытная «Д+М», 20 пациентов) одновременно получала диклофенак и Мильгамму по схемам первой и второй группы. Лечение проводили в амбулаторных условиях.

Эффективность лечения оценивали на десятый день по динамике редукции болевого синдрома с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). В первой группе (контрольная «Д») на десятый день наблюдали уменьшение боли на 83%, во второй (опытная «М») – на 81%, в третьей (контрольная «М+Д») – на 94%. Побочные реакции (тошнота, диарея) возникли у 35% пациентов принимавших диклофенак, у 25% – в группе с применением двух препаратов и у 5% больных, получавших Мильгамму (крапивница).

Для расчетов показателей эффективности затрат использовали дерево решений на основе схем применения лекарственных препаратов (ЛП) и показателей эффективности исследования. При расчете затрат на лечение пациентов с БНС была учтена стоимость ЛП и затраты на их введение. Цены на препараты были взяты из справочно-поисковой системы «Лекарственные средства» компании «Морион» состоянием на декабрь 2013 года. Так как торговое название диклофенака в исследовании не было указано, то расчеты проводили по двум торговым наименованиям – Диклофенак-Дарница (генеричный препарат) и Вольтарен Novartis Pharma (оригинальный препарат). Для лечения побочных реакций были выбраны следующие ЛП: при диспепсических расстройствах (диареи) – Лоперамида гидрохлорид «ОЗ» и при крапивнице – Лоратадин-Дарница, затраты были рассчитаны на курс лечения.

Результаты. В ходе проведения фармакоэкономического анализа «затраты-эффективность» были рассчитаны медицинские затраты на курс лечения 1 пациента. В контрольной группе «Д» суммарные затраты составили 48,90 грн (Диклофенак) и 199,08 грн (Вольтарен). Затраты на курс лечения одного пациента опытной группы «М» – 157,39 грн; опытной группы «М+Д» – 196,54 грн (Диклофенак + Мильгамма) и 346,72 (Вольтарен + Мильгамма). Исходя из показателей эффективности терапии были рассчитаны коэффициенты эффективности затрат (CER) для каждой из альтернативных технологий: CER_{контрольная группа «Д»} = 58,92 грн (Диклофенак), CER_{контрольная группа «Д»} = 239,86 грн (Вольтарен), CER_{опытная группа «М»} = 194,31 грн, CER_{опытная группа}

«Д+М» =209,09 грн (Диклофенак + Мильгамма), CER опытная группа «Д+М» =368,85 грн (Вольтарен + Мильгамма).

Сравнение показателей CER в контрольной и опытных группах показало, что ни один из рассматриваемых методов не является доминантным. При выборе ТН «Диклофенак Дарница» с экономической точки зрения преимущество имеет схема лечения контрольной группы «Д», а при использовании Вольтарена – схема опытной группы «М». Однако, схема опытной группы «М+Д», включающая диклофенак и Мильгамму, хотя и более дорогая, но более эффективная, что имеет важное медицинское и социальное значение. В связи с этим была рассчитана стоимость одной дополнительной единицы эффективности (ICER), которую можно получить, используя схему лечения опытной группы «М+Д». ICER составил 1342,18 грн (Диклофенак Дарница) и 1456,38 грн (Вольтарен), эта сумма необходима для достижения отсутствия болевого синдрома у 1 дополнительно вылеченного пациента.

Заключение. Результаты, полученные в ходе анализа «затраты-эффективность», оказались неустойчивыми и напрямую зависят от выбора препарата диклофенака и его стоимости. Схемы лечения больных с острой БНС выгодные с экономической точки зрения (терапия контрольной группы и опытной группы «М») имеют два недостатка: низкую эффективность и большой риск побочных реакций. Поэтому при условии, что лечебно-профилактическое учреждение имеет достаточные финансовые возможности и для купирования болевого синдрома у дополнительно вылеченного пациента может потратить 1342,18-1456,38 грн, приемлемой является комплексная схема лечения опытной группы «М+Д». К ее преимуществам относятся меньшая частота побочных реакций в сравнении с монотерапией диклофенаком и более высокая эффективность, чем у схемы лечения Мильгаммой или только диклофенаком.

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИНСУЛИНА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ

Яковлева Л.В., Кириченко О.Н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

feknfau@ukr.net

Введение: исследование объемов потребления препаратов инсулина, как в розничном, так и в госпитальном сегменте позволяет изучить структуру потребления, оценить степень использования каждого вида инсулина и соответствие их применения современным клинически эффективным стратегиям лечения.

Цель работы: изучение объемов и структуры потребления препаратов группы инсулина на фармацевтическом рынке Украины по данным 2008 - 2012 г.г.

Методы исследования: АТС/DDD методология с расчетом показателя $DDD_s/1000$ жителей/день.

Основной материал исследования: анализ потребления препаратов инсулина на фармацевтическом рынке Украины установил наличие следующих его видов: ультракороткого действия (аналоги инсулина человека); короткого действия (инсулин растворимый человеческий генно-инженерный и инсулин свиной); средней продолжительности действия и их аналогов (инсулин человеческий генно-инженерный и инсулин свиной); двухфазных инсулинов (смеси инсулинов короткого действия и НПХ-инсулинов и смеси ультракоротких аналогов инсулина и протаминированных аналогов инсулина); длительного действия (аналоги инсулина человека).

Общий объем потребления препаратов инсулина в Украине по данным 2008 г. составил $4,86 DDD_s/1000$ жителей/день и снизился в 2012 г. до $3,44 DDD_s/1000$ жителей/день (на 29,65%). При сопоставлении данных потребления с уровнем заболеваемости в Украине установлено, что обеспеченность инсулиновыми препаратами больных СД 1-го типа, без учета их применения у

больных СД 2-го типа, в 2012 г. составила 289,68 дня лечения в год на одного больного. В пересчете на количество зарегистрированных больных СД 1-го типа ежедневная обеспеченность 1 DDD приходится на 79,61% из них. Полученные данные свидетельствуют о несоответствии объема потребления уровню заболеваемости.

Структура потребления препаратов инсулина на фармацевтическом рынке Украины за пятилетний период практически не изменилась. Наибольший уровень потребления от общего объема (92,63% в 2008 г. и 93,43% в 2012 г.) приходится на препараты инсулина человеческого – инсулины короткого действия, средней продолжительности действия и их смеси. В малом объеме (5,21% в 2008 г. и 6,11% в 2012 г.) используются препараты аналогов инсулина человека - инсулины ультракороткого действия и длительного действия. Незначительный объем потребления свиного инсулина, который отмечался на уровне 2,16% в 2008 г. снизился до 0,2% в 2012 г.

Вывод: Отмечено снижение уровня потребления препаратов инсулина в 2012 г. по сравнению с показателями 2008 г. По данным структурного анализа показано недостаточное применение современных высокоэффективных препаратов инсулинов ультракороткого и длительного действия, что может объясняться ограниченными возможностями государственного финансирования и сравнительно высокой утилитарной стоимостью этих препаратов в Украине по сравнению с многими странами. Осуществление заявленной МОЗ Украины программы по введению референтных цен на препараты инсулина будет способствовать росту уровня обеспеченности больных СД аналоговыми инсулинами.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ ГІПОГЛІКЕМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Тригубчак О.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна
trigubchak@mail.ru

Вступ. За визначенням ВООЗ цукровий діабет відноситься до глобальних медико-соціальних захворювань як одне з найбільш тяжких захворювань за критеріями перебігу та ускладненнями, за показниками інвалідності та смертності. У 2013 році зареєстровано 381,8 млн. людей з цукровим діабетом, 95 % з них мають цукровий діабет II типу. Для запобігання розвитку ускладнень цукрового діабету, серцево-судинної захворюваності та смертності є своєчасна та ефективна цукрознижувальна терапія.

З метою визначення оптимального варіанту терапії цукрового діабету II типу проводили порівняльний аналіз пероральних гіпоглікемічних препаратів.

Методики дослідження. В ході роботи використовували маркетингові, фармакоепідеміологічні та фармакоекономічні методи дослідження.

Основний матеріал дослідження. На даний час пероральні цукрознижувальні засоби представлені наступними групами препаратів: бігуаніди (метформін); похідні сульфосечовини; тiazолідиндіони (глітазони, активатори PPAR- γ -рецепторів); глініди (постпрандіальні стимулятори); інгібітори всмоктування вуглеводів зі шлунково-кишкового тракту (інгібітори α -глюкозидази).

На ринку України (станом на 1 січня 2014 року) зареєстровано 157 пероральних гіпоглікемічних лікарських засобів. Вони характеризуються насиченням в межах підгруп. Зокрема, бігуаніди представлено 38 лікарськими засобами на основі метформіну. Асортимент похідних сечовини найширше демонструють препаратами глімепіриду, що нараховує 50 найменувань. Досить широкий вибір лікарських засобів на основі

гліклазиду (16 позицій). Сульфонаміди представлені 5 препаратами глібенкламиду і 1 – гліквідону (Глюренорм®). Часто зустрічаються комбінації пероральних гіпоглікемічних препаратів: метформін та сульфонаміди (12 лікарських засобів), метформін з ситагліптином (Янумет™) і метформін з вільдагліптином (Гальвусмет®). Тіазолідиндіони представлено 10 препаратами на основі піоглітазону. Серед інгібіторів дипептидил пептидази-4 (dpp-4) тричі зустрічається ситагліптин (Янувія™), 1 раз вільдагліптин (Гальвус®) та двічі саксагліптин (Онгліза). До інших гіпоглікемічних препаратів відноситься лікарські засоби гуарової камеді (Гуарем), 2 репаглінід (Новонорм®) і ліраглутид (Віктоза®). Для лікування цукрового діабету також використовують препарати інгібіторів альдозоредуктази (ізодибут під торговою назвою Ізодибут®) та інші засоби, що включають 8 фітопрепаратів (на основі плодів розторопші плямистої, стулок плодів квасолі, пагонів чорниці звичайної чи суміші подрібненої лікарської рослинної сировини).

На підставі середньозважених роздрібних вартостей пероральних цукрознижувальних засобів в Україні (станом на січень 2014 року) провели порівняльний аналіз витрат на лікування препаратами на основі метформіну, глібенкламиду, гліквідону, гліклазиду, глімепіриду, піоглітазону, ситагліптину, саксагліптину, репаглініду, ліраглутиду, інших засобів та встановили, що найменш витратними є лікарські засоби на рослинній основі.

Відповідно до загальноприйнятих міжнародних клінічних рекомендацій, першим кроком медикаментозної терапії є застосування метформіну. За оцінками лікарів ендокринологів в Україні найбільш ефективним і економічно вигідним є препарат глібенкламід, а для хворих що мають ниркову недостатність глюренорм. Найбільш ефективним і економічно вигідним за оцінкою лікарів ендокринологів в Україні, які покращують якість життя і попереджають ускладнення цукрового діабету – глібенкламід, гліпізид, гліквідон, метформін.

За фармакоеконімічними показниками для пероральних гіпоглікемічних препаратів ранжований ряд переваг має наступний вигляд: глібенкламід > гліпізид > хлорпропамід > гліклазид > толбутамід.

Висновки. Враховуючи проведені дослідження, сучасний фармацевтичний ринок України потребує розширення за рахунок нових груп лікарських засобів, раціональне використання пероральних цукрознижувальних засобів згідно вимог Міжнародної Діабетичної Федерації (IDF). Залишається актуальним питання організації надання медичної допомоги пацієнтам з цукровим діабетом в Україні, функціонування формулярної системи й відшкодування вартості лікування з точки зору пацієнта.

РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ХВОРИМ НА РАК ШЛУНКУ ТА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ В СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ

Немченко А.С., Жаркова С.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

У лікуванні хворих на рак шлунку (РШ) та рак прямої кишки (РПК) використовуються схеми поліхіотерапії, до складу яких входять високовартісні препарати. За умов дефіциту коштів бюджетів для закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) особливого значення набувають дослідження структури лікарських призначень з використанням сучасного інструментарію, а саме методів клініко-еконімічного аналізу (КЕА). Серед методів КЕА частотний аналіз належить до тих, що використовуються найбільше у дослідженнях споживання ЛЗ хворими на різні патології.

Метою дослідження є проведення аналізу ефективності фармацевтичного забезпечення хворих на РШ та РПК, що лікувались у стаціонарних умовах з використанням методів КЕА.

Під час проведення досліджень використовувалися методи КЕА, а саме частотний аналіз лікарських призначень, логічний, математико-статистичні методи обробки інформації з використанням табличного процесору Microsoft Office Excel 2007 та стандартних методик варіаційної статистики.

Для проведення структурного аналізу лікарських призначень було відібрано 449 історій хвороб пацієнтів з діагнозом РШ (370 ІХ) та РПК (79 ІХ), які проходили курс патогенетичної терапії на базі спеціалізованих ЗОЗ Донецької, Харківської, Київської, Івано-Франківської областей та м. Київ протягом 2006-2011 рр.. У загальній сукупності хворих найбільшу питому вагу (понад 65%) мали пацієнти з $T_3N_{0-4}M_{0-1}$ типом розвитку патологічного процесу. Хворим на РШ було здійснено 6756 лікарських призначень, що у перерахунку на одного хворого дорівнювало 18 призначень. Аналогічні показники у хворих на РПК склали 477 та 6 призначень відповідно. Як бачимо, хворим на РШ було здійснено у 3 рази більше призначень ЛЗ, ніж пацієнтам з РПК. Встановлено, що у групі хворих на РШ найбільшу частоту призначень мали препарати групи В05 - кровозамінники та перфузійні розчини (реосорбілакт: 391 призначення - 5,79% від загальної кількості призначень; розчини глюкози: 375 призначень - 5,55%; натрію хлориду: 370 призначень - 5,48%). 302 (4,47%) призначення припадало на препарати кальцію фолінату. Сукупна частка призначень патогенетичної терапії хворим на РШ склала 7,8 % (527 призначень), а частка витрат на патогенетичну терапію дорівнювала менше 20%. По групі хворих на РПК у структурі лікарських призначень першу позицію зі значним відривом займали розчини натрію хлориду (108 призначень або 22,64%). Другу позицію посіли препарати інозиту (40 призначень або 8,39%), а третю флуороурацил (37 призначень - 7,76%). Питома вага призначень патогенетичної терапії дорівнювала 28,3%, а у структурі споживання вартість протипухлинних препаратів складала понад 66,0% від загальної суми витрачених коштів. У відповідності до лікарської форми (тверді, рідкі, м'які) в обох групах хворих від 85 до 88 % лікарських призначень припадало на препарати у вигляді розчинів або порошків для їх виготовлення,

що обумовлено специфікою організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в стаціонарних умовах.

За результатами проведених досліджень встановлено, що у лікуванні хворих на РШ у переважній більшості використовувалися препарати симптоматичного лікування з використанням широкого спектру найменувань ЛЗ. Застосовувалися ЛЗ переважно у рідких формах, що обумовлено складним розвитком патологічного процесу. Хворим на РПК, навпаки, у більшому обсязі призначалися препарати патогенетичної терапії.

Визначена особливість у структурі лікарських призначень може бути використана у формуванні раціональних моделей фармацевтичного забезпечення онкологічних хворих, яким здійснюється допомога в умовах стаціонару відповідно до нозологічних форм захворювань та за умов вкрай обмеженого характеру бюджетів ЗОЗ.

АВС/VEN/ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ПРОДАЖІВ ГЕПАТОТРОПНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ В АПТЕКАХ МІСТА ХАРКОВА

Яковлева Л.В., Ткачова О.В., Тарасов А.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

Вступ. Сучасний стиль життя людини (стреси, надмірне харчування, низька фізична активність, тютюнопаління, алкоголь), а також погіршена екологія, виступають чинниками ризику розвитку різних захворювань внутрішніх органів, та зокрема, печінки. За даними ВООЗ, число хворих з різною патологією гепатобіліарної системи перевищує 2 млрд осіб. В Україні за останні 10 років поширеність хронічних гепатитів і цирозів печінки збільшилася щонайменше у 2,5 разу. Для лікування алкогольної жирової дистрофії печінки, токсичних гепатитів та алкогольного цирозу печінки базисна терапія включає гепатотропні та ліпотропні препарати, препарати жовчних

кислот, зокрема, урсодезоксихолевої кислоти (УДХК), а також препарати з амінокислотою адеметіонін. Вищеперелічені групи препаратів сприяють відновленню структури та функції гепатоцитів і справляють вибірккову захисну дію на печінку. Тому виникає інтерес розглянути дані групи з точки зору співставлення лідерів продажів препаратів та доказової бази їх клінічної ефективності.

Мета. Дослідження особливостей споживання гепатотропних лікарських препаратів (ГЛП) у трьох аптечних закладах, розташованих у різних спальних районах м. Харкова. Для досягнення поставленої мети був використаний комплексний АВС/VEN/частотний аналіз.

Методики дослідження. Дослідження проведено за даними продажів ГЛП, що були в асортименті трьох аптек протягом 12 місяців 2013 року. За даними частотного аналізу були виділені «лідери продажу», що користуються високим попитом у населення (ТОП-10). За даними АВС-аналізу були виділені ГЛП, що приносять найбільший дохід аптеці та за даними формального VEN-аналізу проведена оцінка наявності у препаратів, що увійшли до групи А, доказової бази з позиції включення або відсутності у Державному формулярі України 5-го видання 2013 року.

Основний матеріал дослідження. За даними Державного реєстру лікарських засобів і виробів медичного призначення (станом на 14.02.14 р.) асортимент ГЛЗ, що використовуються в комплексній терапії токсичного ураження печінки, на фармацевтичному ринку України представлений 46 торговими найменуваннями. Доля вітчизняних препаратів складає 39%, закордонних – 61%.

За даними частотного аналізу в аптеці №1, яка в середньому налічує 10000 найменувань препаратів, лідерами продажу серед 44 ГЛП були: Глутаргін (171 упаковка), Гепабене (390 упаковок), Гептрал, порошок для ін'єкцій (291 упаковка), Гептрал, таблетки (189 упаковок), Антраль (144 упаковки), Ессенціале® форте Н, капсули (168 упаковок), Ессенціале® Н, ампули для ін'єкцій (150 упаковок), Енерлів® (105 упаковок), Карсил (114

упаковок), Тіотриазолін, ампули для ін'єкцій (111 упаковок). Результати ABC-аналізу ГЛП показали, що до групи «А» увійшли 12 препаратів, дохід від яких склав 79,93% від загальної суми. Лікарські препарати, що увійшли до групи «В» (11 ГЛП) в сукупності також принесли відчутний дохід аптеці (14,46%). До групи «С» увійшло 13 препаратів, що склало 5,61% доходу.

Найбільш важливими для аптеки є ГЛП, що увійшли до групи «А». За результатами формального VEN-аналізу з групи «А» до Державного формуляру 2013 року включена більшість препаратів: УДХК (Урсохол, Урсофальк), амінокислот (Глутаргін), комбінованих препаратів (Гепабене), препарати есенціальних фосфоліпідів (Ессенціале® форте Н, Ессенціале® Н), орнітину (Гепа-мерц), силімарину (Карсил). Серед ГЛП з групи А тільки чотири (33%) є часто реалізуємими та мають доказову базу (Глутаргін, Гепабене, Ессенціале® форте Н, Ессенціале® Н), оскільки включені до Державного формуляру.

Результати ABC-аналізу в аптеці №2 (середня кількість препаратів становить 7000 найменувань) показали, що асортимент ГЛП (37 препаратів) розподілився наступним чином: до групи «А» увійшли 11 препаратів, дохід від яких склав 77,97% від загальної суми. До групи «В» увійшли 9 препаратів, дохід від яких склав 16,17%. До групи «С» увійшло 17 препаратів, що склало 5,86% доходу від загальної суми реалізації ГЛП. Формальний VEN-аналіз показав, що з групи «А» до Державного формуляру увійшли препарати УДХК (Урсохол, Урсофальк), амінокислот (Глутаргін), комбіновані препарати (Гепабене), препарати есенціальних фосфоліпідів (Ессенціале® Форте Н, Енерлів®), силімарину (Карсил). За даними частотного аналізу в аптеці №2 лідерами продажу протягом 2013 року були ГЛП: Глутаргін (184 упаковки), Гепабене (454 упаковки), Антраль (224 і 1/3 упаковки), Ессенціале® форте Н, капсули (864 і 1/3 упаковки), Енерлів® (122 і 1/3 упаковки), Карсил (183 і 3/8 упаковки), Карсил Форте (110 упаковок), Тіотриазолін, ампули для ін'єкцій (105,6 упаковки). Отже, у групі «А» п'ять препаратів з одинадцяти (45%) ГЛП користуються високим попитом споживачів в аптеці та мають доказову базу.

В аптеці №3 (середня кількість препаратів становить 5000 найменувань), що налічувала 46 ГЛП, за результатами ABC-аналізу до групи «А» увійшли 10 препаратів, дохід від яких склав 78,56%. До групи «В» увійшли 8 ГЛП, дохід від яких склав – 15,8%. До групи «С» увійшло 28 ГЛП, що склало 5,64% доходу від загальної суми реалізації. За результатами формального VEN-аналізу до групи V увійшли ті ж самі препарати, що наведені при аналізі результатів в аптеці №2.

Результати частотного аналізу в аптеці №3 показали, що лідерами продажу були ГЛП: Глутаргін (132 упаковки), Гепабене (198,51 упаковки), Антраль (116 упаковок), Ессенціалє® форте Н, капсули (301,54 упаковки), Енерлів® (91 упаковка), Карсил (444,5 упаковки), Силібор (118 упаковок), Тіотриазолін (86,4 упаковки). Отже, у групі «А» п'ять з десяти препаратів (50%) користуються високим попитом споживачів в аптеці та мають доказову базу.

Висновки дослідження. Отримані результати показали, що менше половини ГЛП (33-50%) серед тих, що приносять найбільший дохід аптекам м. Харкова та користуються високим попитом у населення, включені до Державного формуляру лікарських засобів. Таким чином, значна кількість гепатотропних лікарських препаратів, що користуються попитом у споживачів не має доказової бази (клінічної ефективності), що необхідна для ефективного лікування токсичних гепатитів та цирозу печінки. Подальші дослідження будуть спрямовані на проведення інтегрованого аналізу витрат на фармакотерапію хворих на токсичні гепатити і цирози печінки в лікувально-профілактичному закладі.