

Г.Л. Панфілова, Г.М. Заріцька

## КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

**Ключові слова:** деформуючий остеоартроз, клініко-економічний аналіз, фармацевтичне забезпечення хворих, споживання ЛЗ.

**Ключевые слова:** деформирующий остеоартроз, клинико-экономический анализ, фармацевтическое обеспечение больных, потребление ЛС.

**Key words:** *deforming osteoarthritis, clinical-economical analysis, pharmaceutical supply of patients, drug usage.*

У статті наведено результати клініко-економічного аналізу частоти лікарських призначень та споживання ЛЗ хворими на деформуючий остеоартроз (ДОА). Авторами встановлено, що значна більшість пацієнтів (91,4%) належали до соціально незахищених верств населення (45,6% хворих) та мали окрім основного діагнозу ДОА супутні хронічні захворювання системного характеру. Безумовними лідерами за кількістю призначень (566 призначень або 31,1%) були ЛЗ із групи НПЗЗ. Крім цього доведено, що 90,6% застосованих ЛЗ належать до групи V, а найбільша кількість ЛЗ (103 препарати – 47,6%) мала статус C/V за редакцією діючого на момент споживання Національного переліку ОЛЗ. З 212 ЛЗ, що були застосовані при лікуванні ДОА, 144 препарати (67,9%) належать до нормативно закріплених груп ЛЗ у відповідності з діючим Наказом МОЗ щодо регулювання питань організації медичної допомоги й фармацевтичного забезпечення хворих на ДОА в Україні.

В статті приведені результати клініко-економічного аналізу частот лікарських призначень та споживання ЛС больними на деформуючий остеоартроз (ДОА). Установлено, що значительная часть больных (91,4%) относится к социально незащищенным слоям населения (45,6% больных) и имеет кроме основного диагноза ДОА, сопутствующие хронические заболевания системного характера. Безусловными лидерами по количеству назначений (566 назначений или 31,1%) были ЛС из группы НПВС. Кроме того установлено, что 90,6% ассортимента ЛС, которые использовались, относились к группе «V», а наибольшее количество ЛС (103 препарата – 47,6%) имело статус C/V, в соответствии с действующей на момент потребления редакцией Национального перечня ОЛС. Из 212 ЛС, которые применялись при лечении ДОА, 144 препарата (67,9%) относились к нормативно закрепленным группам ЛС в соответствии с Приказом МЗ, регулирующим вопросы организации медицинской помощи и фармацевтического обеспечения больных на ДОА в Украине.

The results of clinical-economical analysis of the rates of physicians' prescription and patients' drug usage in the case of deforming osteoarthritis(DOA) are shown in the article. It was revealed that considerable part of patients (91,4%) represent socially unprotected sections of the population and had, besides the basic diagnosis DOA, some concomitant chronic diseases of system character. The representatives of NSAID were the absolute leaders according to the rate of prescription (566 prescriptions, 31,1%). Moreover, it was found out that 90,6% of used medicines referred to Group V, and the largest amount of medicines (103 drugs, 47,6%) had status C/V. These results were obtained in compliance with edition on National Specification of BM, that was valid at the moment of taking the medicine. 144 (67,9%) drugs of 212 ones, that were used to treat DOA, represented the normative allocated groups of medicines according to the valid warrants of Health Care Ministry, that regulate the questions of arrangement of medical treatment and pharmaceutical supply of patients with DOA in Ukraine.

Деформуючий остеоартроз (ДОА) є хронічним захворюванням опорно-рухової системи людини, лікування якого повинно здійснюватись протягом тривалого часу і тому потребує залучення чималих коштів. У країнах ЄС, що мають соціально адаптовані моделі охорони здоров'я, фармацевтичне забезпечення хворих на ДОА здійснюється переважно за рахунок фінансування централізованих фондів обов'язкового медичного страхування (ОМС). Наявність дієвих механізмів компенсації (реімбурсації) вартості спожитих ЛЗ у моделі ОМС дозволяє реалізувати в повному обсягу державні гарантії з надання хронічним хворим якісної медичної і фармацевтичної допомоги. Централізовані страхові фонди ОМС мають фінансово-обмежений характер, тому проблеми, що пов'язані з раціональним використанням коштів у організацій фармацевтичного забезпечення хронічних хворих, набувають в країнах ЄС, Росії все більшого значення. Одним зі стратегічних напрямків реформування вітчизняної охорони здоров'я є впровадження соціальної моделі ОМС за умов функціонування зазначеної моделі ОМС, питання раціонального використання страхових коштів буде займати пріоритетне місце. Одним із сучасних інструментаріїв у дослідженні споживання

лікарських засобів (ЛЗ) та раціонального використання обмежених фінансових ресурсів в охороні здоров'я є клініко-економічний аналіз.

**МЕТА ДОСЛІДЖЕНЬ** – проведення клініко-економічного аналізу (частотного, ABC, VEN, зведений ABC/VEN/частотний аналіз) стану фармацевтичного забезпечення хворих на ДОА для подальшого використання отриманих результатів у розробці організаційно-економічних принципів оптимізації забезпечення зазначених хворих ЛЗ за умов впровадження соціальної моделі ОМС. У відповідності з метою досліджень були розроблені наступні завдання: за даними історій хвороб пацієнтів, яким була надана медична допомога з приводу ДОА у стаціонарних відділення лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) проаналізувати склад зазначеної групи хворих за різними параметрами; з використанням методів клініко-економічного аналізу, визначити кількісні та якісні характеристики стану фармацевтичного забезпечення хворих на ДОА; розрахувати показники споживання ЛЗ; порівняти отримані результати клініко-економічного аналізу з вимогами нормативно-правових актів, що регулюють питання фармацевтичного забезпечення зазначеної групи хворих.

**РЕЗУЛЬТАТИ Й ОБГОВОРЕННЯ.** Для аналізу стану фармацевтичного забезпечення хворих на ДОО випадково були відібрані 260 історій хвороб пацієнтів, що проходили стаціонарне лікування у ЛПЗ, а саме Інституту патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенко АМН України та Обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківськ у 2007-2008рр. Зазначена група хворих була проаналізована за гендерними ознаками, віком, соціальною приналежністю. Так, 68,0% хворих склали жінки, відповідно 32,0% або 83 пацієнти становили чоловіки. За віковою приналежністю хворі були розподілені наступним чином: 21-30 років (11 хворих або 4,4% від всієї сукупності); 31-40 років (18 хворих – 6,9% відповідно); 41-50 років (68 - 26,1%); 51-60 років (85 - 32,6%); 61-70 років (54 - 20,8%); 71-80 років (24 - 9,2%). Результати аналізу соціальної структури хворих наведені на рисунку 1. Як бачимо, значну перевагу у групі хворих мають пенсіонери (93 хворого або 35,8%). В цілому найбільш соціально вразливі верстви населення (пенсіонери, тимчасово не працюючі, інваліди 1-3-ї групи) склали 91,4% у виборці хворих на ДОО. Більше половини пацієнтів є городянами (152 хворих або 58,5%). У 45,6% хворих, окрім основного діагнозу, пов'язаного з деструктивними патологіями кістково-хрящової тканини, мали такі супутні захворювання: гіпертонічна хвороба (різних стадій розвитку), атеросклеротичний кардіосклероз, синдром Рейна, гастродуоденіт, дисбактеріоз, вегетосудинна дистонія, виразка шлунка, остеопороз, холецистит та панкреатит, бронхіт, емфізема, фіброма матки.

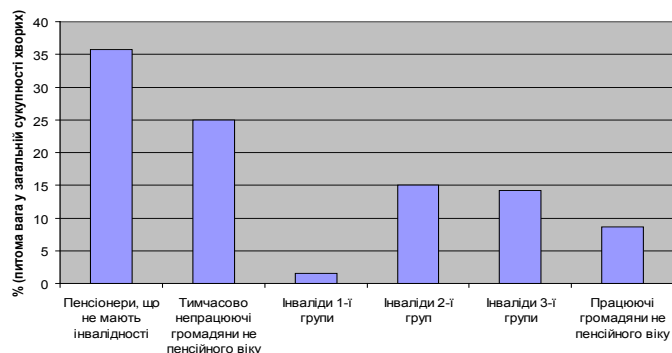


Рис. 1. Розподіл хворих на ДОО за соціальними групами населення.

Цікавим є той факт, що частота відображення супутніх захворювань у історіях хвороб пацієнтів віком до 40-років є достатньо високою у порівнянні з хворими похилого віку. Так, більша половина пацієнтів (65,5%) у віці 20-40 років (19 чоловік із 29) мали декілька супутніх діагнозів. Середньостатистична тривалість перебування хворих у ЛПЗ становила 16 ліжко-днів.

На першому етапі проведення клініко-економічного аналізу було встановлено, що лікарями було здійснено 1820 лікарських призначень, що у середньому на одного хворого становило 7 призначень ЛЗ. У відповідності з класифікацією ЛЗ за фармакологічними групами (систематизація ЛЗ за Д.М. Машковським) був складений рейтинг груп ЛЗ за частотою їх призначення[4]. Найбільша кількість призначень припадала на групу засобів, що регулюють метаболічні

процеси (637 призначень або 35,0% від загальної їх кількості). Другу позицію займали засоби, що впливають на центральну нервову систему (593 - 32,6% відповідно) та третю – засоби, що діють на серцево-судинну систему (320 - 17,6%). Далі групи ЛЗ за частотою призначень були розподілені наступним чином:

- засоби, що діють переважно на периферичні нейро-медіаторні процеси (156 призначень – 8,6%);
- засоби для лікування та профілактики інфекційних захворювань (50 призначень або 2,7%);
- засоби, що підвищують екскреторну функцію нирок (33 призначень – 1,8%);
- препарати різних фармакологічних груп (27 призначень – 1,5%);
- засоби, що діють переважно в області чутливих (аферентних) нервових закінчень (4 призначення або 0,2%).

За даними історії хвороби встановлено, що лікарями було призначено 159 найменувань ЛЗ за INN («International Non-proprietary Names»), що у розрізі торгових назв становило 212 препаратів. Питома вага (% препаратів) вітчизняного виробництва складала 32,1% (68 препаратів), відповідно імпортованих ЛЗ – 67,9%. Державна Фармакопея України визначає наявність таких лікарських форм: вушні ЛЗ; гранули; екстракти; капсули; ЛЗ для вагінального застосування; ЛЗ для парентерального застосування; ЛЗ, що знаходяться під тиском; м'які ЛЗ для місцевого застосування; назальні ЛЗ; настойки; очні; піни медичні; порошки для зовнішнього застосування; порошки для орального застосування; рідкі ЛЗ для орального застосування; таблетки. В найбільшій кількості лікарями були призначені ЛЗ для парентерального застосування (104 препарата або 49,1% від загальної кількості торгових назв ЛЗ), дещо менш ЛЗ у формі таблеток (80 препаратів – 37,7% відповідно). Далі ЛЗ за лікарською формою розмістилися наступним чином: капсули (13 препаратів – 6,1%); м'які ЛЗ для місцевого застосування (11 препаратів – 5,2%); ЛЗ для орального застосування – краплі (3 препарати – 1,4%); ЛЗ для ректального застосування (1 препарат – 0,5%). У цілому, хворим на ДОО було призначено 93 препарати у твердій лікарській формі, у рідкій – 107 препаратів та 12 препаратів у м'якій формі. Доведено, що значну перевагу в асортименті використання ЛЗ мали препарати імпортованого виробництва. Так у середньому на одне призначення ЛЗ вітчизняного виробництва припадало два призначення імпортованих ліків.

Аналіз спеціальної літератури свідчить, що застосування анальгезуючих та нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) у терапії деструктивних захворювань опорно-рухового апарату людини є традиційним та клінічно обґрунтованим [3,6-7,11-12]. Із зазначеної групи препаратів лікарями було призначено 12 найменувань ЛЗ за INN (монопрепарати), п'ять комбінованих препаратів, що у цілому склали 57 торгових назв ЛЗ. У середньому кожному хворому було здійснено по два призначення ЛЗ із групи анальгезуючих та НПЗЗ. Найчастіше призначалися препарати диклофенаку натрія (99 призначень) (рис. 2).

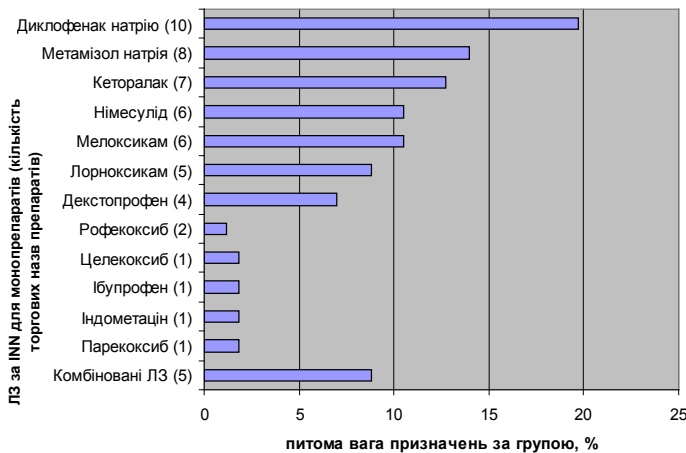


Рис. 2. Розподіл анальгезуючих та НПЗЗ за частотою лікарських призначень.

Наступною групою ЛЗ, яка потребує більш детального розгляду з позиції організації ефективного фармацевтичного забезпечення хворих на ДОА є глюкокортикостероїдні засоби (ГКСЗ). Виявляючи активну протизапальну, протиалергійну, протиглюко- та імунодепресивну дію ГКСЗ займають одну з пріоритетних позицій у патогенетичному лікуванні хворих на ДОА [6,7].

Лікарями було використано 4 препарати за INN, або 6 торгових назв із даної групи ЛЗ. ГКСЗ призначались практично кожному третьому хворому (72 лікарських призначень). Були застосовані наступні ЛЗ за INN: дексаметазон (32 призначень, 44,4% призначень за групою ГКСЗ); метилпреднізолон (21 призначень – 29,2%); преднізолон (18 призначень – 25%); бетаметазол (1 призначення – 1,4% відповідно).

В останні роки все більшого значення в організації фармацевтичного забезпечення та проведенні патогенетичної терапії ДОА набувають хондропротекторні препарати (ХПП) [1,6,7]. Зазначені препарати входять до складу групи ЛЗ, що регулюють метаболічні процеси і застосовуються для підвищення проникливості суглобової капсули, відновлення ферментативних процесів у клітинах синовіальної мембрани і суглобового хряща. Це у кінцевому результаті уповільнює розвиток дегенеративних процесів, зменшує біль та відновлює їх функцію [1,6,7]. ХПП, за оцінкою спеціалістів, є досить перспективною з клінічної та маркетингової точки зору групою ЛЗ, тривале та регулярне застосування яких значно підвищують якість життя хворих на ДОА [1,6,7]. Частотний аналіз лікарських призначень показав, що ХПП призначають у середньому кожному другому хворому (60 призначень – 3,3% від загальної кількості). Були застосовані наступні ЛЗ за INN: глюкозамін (30 призначень – 50,0% від призначень за ХПП); хондроїтин (7 призначень – 11,1% відповідно); препарати, що містять комбінацію хондроїтину та глюкозаміну (12 призначень – 19,4%). Інші препарати хондропротекторної дії призначались відповідно 11 разів (19,5%). Всього лікарями було використано 13 торгових найменувань ХПП.

Для розрахунків споживання ЛЗ були використані дані моніторингу оптових цін на ЛЗ, а також розміру торгової націнки, що мали місце в аптеках м. Харків, м. Івано-

Франківськ станом на 01.09.2008р. (так званий докризовий період). Для моніторингу цін на ЛЗ було використано дані прайс-листів щотижневика «Аптека», дайджесту журналу «Провізор», крупних оптових дистриб'юторів фармацевтичного ринку (компаній ЗАТ «Альба-Україна», ТОВ «ВВС-Лтд», «Фалби», «БАДМ», «Артур и К», СП ТОВ ЛТД «Оптима-фарм» та інші). Визначення середнього розміру торговельної націнки здійснювалось за допомогою відповідної методики моніторингу та відкритого інтерв'ювання працівників аптек[5]. Враховуючи значне різноманіття торгових назв ЛЗ, препаратів-генериків, нами при розрахунках середньостатистичних показників вартості однієї терапевтичної дози застосування були використані дані цінових характеристик найдешевших ЛЗ.

Показники споживання ЛЗ розраховувались у гривні та доларах США. Перерахунок здійснювався за офіційним курсом НБУ станом на 01.01.2008р (1 долл. США = 5,05 гривні), що відповідало періоду лікування хворих на ДОА у ЛПЗ. Так встановлено, що показник споживання склав 88320,65 грн. (17489,25 дол. США), що у перерахуванні на одного хворого дорівнює значенню 339,70 грн.

Наступним етапом досліджень був розрахунок споживання ЛЗ та проведення за його результатами АВС/VEN, зведеного АВС/VEN/частотного аналізів.

АВС-аналіз передбачає розподіл ЛЗ за рівнем їх витратності на три групи: А – найбільш витратні ліки (споживання за якими становить 80,0%); В – середньовитратні (15,0%); С – низьковитратні ЛЗ (5,0%) [2].

До складу групи А увійшли як найвитратніші за ціною препарати, так і ті, що мали високі показники частоти призначень (табл.1). Саме останній показник й обумовлює факт того, що до групи А увійшло 10 торгових найменувань (17,5% від усіх препаратів по групі) анальгезуючих препаратів та НПЗЗ. Винятком є лише досить дорогий препарат із групи НПЗЗ – олфен 140 мл (диклофенак натрію) трансдермальний пластр №2 компанії «Merph», роздрібна ціна якого складала у середньому 139,11 грн. До групи А також увійшли 6 найменувань ХПП (46,2% від їх загальної кількості), що обумовлено перш за все їх високою вартістю та необхідністю тривалого застосування. ГКСЗ у групі А представлені лише трьома торговими назвами ЛЗ. Значну питому вагу (%) у структурі споживання ЛЗ мали також препарати таких груп, як: ЛЗ, що поліпшують кровопостачання органів та тканин (антиангінальні препарати – триметазидін, предуктал МР тощо); периферичні вазодилатори та спазмолітичні (міотропні) препарати різних фармакологічних груп, наприклад трентал, антикоагулянти прямої дії (клексан, гепарин, фраксипарин). Значну перевагу (більш ніж 80,0%) в асортименті ЛЗ групи А склали оригінальні брендові препарати.

До складу групи В увійшли препарати практично усіх фармакологічних груп за винятком ЛЗ, що діють в області чутливих (аферентних) нервових закінчень. Найбільша кількість торгових назв ЛЗ у групі В належала до препаратів анальгезуючої дії та НПЗЗ (25 препаратів). Крім цього, до складу зазначеної групи увійшло по два найменування ХПП та ГКСЗ відповідно.

Група С за складом була представлена у значній більшості препаратами-генериками (93,2%) та за торговими назвами ЛЗ була найчисельнішою (112 найменувань або 52,8% від усіх ЛЗ, що були використані). Найбільша кількість ліків з групи С належала до засобів, що регулюють метаболічні процеси (32 препарати або 28,6% за кількістю ЛЗ у групі С). Слід відзначити, що із анальгезуючих ЛЗ і НПЗЗ до складу групи С увійшло 22 препарати, ХПП – 5 найменувань та ГКСЗ – всього один препарат. У складі групи С були присутні препарати усіх фармакологічних груп, які застосовувались у лікуванні хворих на ДОО.

VEN-аналіз структури витрат на фармацевтичне забезпечення хворих передбачає розподіл ЛЗ за показником важливості їх призначень на групу «V-“ Vital”» – життєво необхідні, найважливіші; «E-Essential» – необхідні, важливі та «N-NonEssential» – не важливі, другорядні у структурі призначень. У подальших дослідженнях нами було обрано формальний підхід, за яким до групи «V» були віднесені ЛЗ (за INN), що входять до складу Національного переліку основних (життєво необхідних) ЛЗ (ОЛЗ), а всі інші на-

лежать до групи «Е». На момент надання хворим на ДОО медичної допомоги та обробки результатів дослідження відповідали різні редакції Національного переліку ОЛЗ. У першому випадку діяв перелік ОЛЗ, який був затверджений постановою КМУ від 29.03.2006р. №400 зі змінами та доповненнями. Під час проведення розрахунків була затверджена нова редакція Національного переліку ОЛЗ (постанова КМУ від 25.03.2009р. №333), яка має принципові відмінності від його попередньої редакції.

Тому нами було проведено VEN-аналіз за двома редакціями Національного переліку ОЛЗ. Результати ABC/ VEN - зведеного аналізу наведені у таблиці 2.

Як бачимо за даними таблиці 2 у відповідності з діючим на момент споживання ЛЗ хворими на ДОО Національним переліком ОЛЗ співвідношення між препаратами зі статусом V та E складало 88,2:11,9, а 90,5% всіх використаних при лікуванні торгових назв ЛЗ належали до групи «життєво необхідних» (статус V).

Нова редакція Національного переліку ОЛЗ кардинально змінює якісні характеристики показника споживання ЛЗ.

Таблиця 1

Результати ABC-аналізу споживання ЛЗ хворих на ДОО (фрагмент досліджень)

№п/п	Торгова назва (INN для монопрепаратів), форма випуску, фірма-виробник	Споживання			Групи ABC
		грн	дол.США	Питома вага %	
1.	Вазапостан ліоф. пор. д/інф. 2 мкг №1, "Schwars Pharma"	6835,94	1749,69	10,00	A
2.	Актовегін р-н д/ін. 200 мг апм. 5 мл №5, "Nycomed"	7792,04	1542,98	8,82	A
3	Фраксипарин (Надропарин) р-н д/ін. введення 2850 МЕ анти-ха/1 мл, шприци 0,3 мл №10, "Glaxo Smith Kline"	5203,61	1030,42	5,89	A
4.	Тіотриазолін р-н д/ін. 2,5% амп. 2 мл №10, «Галичфарм»	522,44	103,45	0,59	A
5...	Депо-медрол (Метилпреднізолон) сусп.. д/ін. 40 мг/1 мл фл. 1 мл, "Pfizer Inc" ...	488,61	96,75	0,55	A
	Всього по групі А	70766,78	14013,23	80,00	
41.	Німесил (Німесулід) гран. д/пр. сусп. 100 мл пакет. 2 г №30, «Lab. Unique Pharmaceutical»	472,66	93,60	0,54	B
42.	Зінаксин капсули м'які №30, "Ferrosan"	449,25	88,96	0,51	B
43.	Пентілін (Пентоксифілін) раст. д/ін. амп. 5 мл №5, «KRKA»	116,20	23,01	0,13	B
44.	Рофика (Рофекоксиб) табл. 12,5 мг №30, "Microlabs"	113,49	22,47	0,13	B
45...	Дексаметазон (Дексаметазон) р-н д/ін. 4 мг амп. 1 мл №5, "Фармак" ...	109,18	21,62	0,12	B
	Всього по групі В	13253,05	2624,37	15,00	
61.	Трентал (Пентоксифілін) табл. п/о 100 мг №60, "Aventis Pharm"	106,75	21,14	0,12	C
62.	Агапурін СР 600 (Пентоксифілін) табл. пролонг. п/о 600 мг №20, "Zentiva"	106,49	21,09	0,12	C
63.	Еуфілін – Здоров'я (еуфілін) р-н д/ін. 2% амп. 5 мл №10, «Здоров'я»	20,31	4,02	0,02	C
64...	Кислота фолієва табл. 1 мг №30, «Технолог» ...	19,80	3,92	0,02	C
	Всього по групі С	4300,82	851,65	5,00	
	Всього за усіма групами	88320,65	17489,25	100	

Матриця ABC/VEN зведеного аналізу споживання ЛЗ

Група за ABC-аналізом	V(життєво необхідні) ЛЗ							
	Кількість препаратів(торгові назви)		Споживання, грн		Питома вага (%) у витратах по групі			
	1*	2*	1	2	1	2		
A	37	4	61576,63	6656,93	79,1	60,6		
B	54	15	12301,89	3215,84	15,8	29,3		
C	101	28	3936,53	1105,61	5,1	10,1		
Всього	192	47	77815,05	10978,38	100,0	100,0		
Група за ABC-аналізом	E(необхідні) ЛЗ						Співвідношення	
	Кількість препаратів (торгові назви)		Споживання, грн		Питома вага (%) у витратах по групі		V:E у витратах по групі	
	1*	2*	1	2	1	2	1	2
A	3	36	9190,17	64109,85	87,5	82,9	87,0:13,0	9,4:90,6
B	6	46	951,14	10037,21	9,1	13,0	92,8:7,2	24,3:75,7
C	11	83	364,29	3195,21	3,5	4,1	91,5:8,5	25,7:74,3
Всього	20	165	10505,60	77342,27	100,0	100,0	88,1:11,9	12,4:87,6

\*- редакція Національного переліку ОЛЗ, що затверджена постановою КМУ від 29.03.2006р. №400 зі змінами та доповненнями;

\*\* - нова редакція зазначеного переліку ОЛЗ від 25.03.2009р. №333.

Так у відповідності зі зазначеною редакцією Національного переліку ОЛЗ співвідношення між препаратами зі статусом V та E складало 12,4:87,6. Кількість використання торгових назв ЛЗ зі статусом V зменшилась у чотири рази з 192 позиції до 47 препаратів. Більш детальніший аналіз споживання ЛЗ у розрізі фармакотерапевтичних груп показав, що жодний ЛЗ, який використовується при етіопатогенетичної терапії ДОО (НПЗЗ, ХПП, ГКСЗ) у відповідності з новою редакцією Національного переліку ОЛЗ не були представлені у складі групи препаратів зі статусом A/V. У групі B/V були присутні лише два найменування ГКСЗ – преднізолон (преднізолон) р-н д/ін. 30мг/мл амп. 1мл №3 «Agie Pharmaceuticals» та дексаметазон (дексаметазон) р-н д/ін. 4мг/мл амп. 1мл №3 «Фармак», що обумовлено високою частотою їх призначень. Лише по одному препарату з груп НПЗЗ та ГКСЗ мали статус C/V, це імет (ібупрофен) табл. 400мг №10 «Berlin - Chemie» та дипроспан (бетаметазон) сусп. д/ін. амп. 1мл №5 «Schering-Plough». Зазначені факти вказують на наявність асиметрії позиції лікарів в організації медичної допомоги хворим на ДОО та нормами існуючих нормативно-правовими актами, що регулюють фармацевтичне забезпечення зазначеної групи хворих. Так аналізуючи склад нової редакції Національного переліку ОЛЗ встановлено, що до його складу входить лише 2 ЛЗ за INN з групи НПЗЗ (ібупрофен та парацетамол), 4 ЛЗ за INN з групи ГКСЗ (беклометазон, бетаметазон, гідрокортизон, дексаметазон) та жодного препарату зі групи ХПП.

Далі було проведено аналіз асортименту використаних препаратів при лікуванні хворих з ДОО у відповідності з вимогами Наказу №676 від 12.10.2006 року «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за

спеціальність «Ревматологія». Так до складу клінічного протоколу у разі лікування ДОО входять анальгетики (ненаркотичні та наркотичні ЛЗ, лише у випадках неефективності або непереносимості інших препаратів, нетривало), НПЗЗ (перорально, місцево у вигляді мазевих і гелевих форм НПЗЗ), препарати системної ензимотерапії, ГКСЗ внутрішньосуглобово (пролонгованої дії при неефективності інших протизапальних засобів). Крім цього, рекомендовані до застосування ХПП (пероральної й парентеральної формою застосування) та препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію. За даними ретроспективного частотного аналізу було встановлено, що всі групи ЛЗ, які представлені у вищезазначеному нормативному акті, признались хворим на ДОО. Вони мали як найвищі показники частоти призначень (566 лікарських призначень НПЗЗ та ЛЗ анальгезуючої дії) так і відносно низькі, наприклад, ГКСЗ – 72 призначень, що обумовлено дією комплексу об'єктивних факторів, у тому числі організаційно-економічного характеру [9]. Зазначені вище ЛЗ (144 торгові назви ЛЗ або 67,9% від загальної кількості використаних препаратів) за даними ABC/VEN-аналізу мали у переважній більшості статус A/V; B/V; C/V у відповідності зі складом Національного переліку ОЛЗ, що діяв на момент споживання ЛЗ.

#### ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що значна кількість пацієнтів (91,4%), яких досліджували, належала до соціально незахищених верств населення (пенсіонери, тимчасово непрацюючі громадяни, інваліди 1-3-ї групи), крім цього, 45,6% хворих, окрім основного діагнозу, мали супутні хронічні захворювання системного характеру.

2. Найчастіше призначались ЛЗ, що належали до груп анальгезуючих засобів та НПЗЗ (566 лікарських призначень або 31,1%), плазмозаміщуючий та дезінтоксикаційні розчини (244 призначень – 13,4%) та вітаміни та їх похідні препарати (162 призначень – 8,9%). У середньому, на одне призначення ЛЗ вітчизняного виробництва припадало два призначення імпортованих ліків, що пов'язано з особливостями формування асортименту ЛЗ на вітчизняному фармацевтичному ринку.

3. За результатами проведеного ABC/VEN-зведеного аналізу з використанням двох редакцій Національного переліку ОЛЗ (діючого на момент споживання та існуючого зараз) встановлена суттєва різниця у формуванні якісних характеристик споживання ЛЗ. За першого із названих редакцій переліку ОЛЗ статус V мали 192 торгових назви ЛЗ, а за другого – лише 47 ЛЗ. Співвідношення між споживанням ЛЗ за групами VEN-аналізу становило 88,1(V):11,9(E), а за діючою редакцією Національного переліку ОЛЗ – 12,4(V):87,6(E).

4. Встановлено, що ЛЗ (144 торгові назви або 67,9% асортименту) із груп препаратів, які наведені у складі клінічних протоколів за спеціальністю «Ревматологія» за даними ABC/VEN-аналізу мали статус A/V; B/V та C/V (редакція Національного переліку ОЛЗ, що діяла на момент споживання ЛЗ).

5. Доведено, що при лікуванні ДОО лікарями використовувався досить широкий асортимент ЛЗ (212 торгових найменувань або 159 ЛЗ за INN), з яких 144 ЛЗ (67,9%) належали до нормативно закріплених груп ЛЗ у відповідності з діючими Наказами МОЗ, щодо регулювання організації медичної допомоги й фармацевтичного забезпечення хворих на ДОО.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Алексеева Л.И.* Фармакологические аспекты применения Структура при остеоартрозе / *Л.И.Алексеева, Б.Л.Медников, С.А.Пивяский и др.* //Терапевтический архив. – 2001.– №11– С.90-92.
2. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи) / *П.А.Воробьев, М.В.Авксентьева, А.С.Юрьев, М.В.Сура.*- М.: Ньюдиамед, 2004, - 404с.
3. *Коваленко В.Н.* Остеоартроз. Практическое руководство / *В.Н.Коваленко, О.П.Борткевич* – К.: Морин, 2005. – 592с.
4. *Машиковский М. Д.* Лекарственные средства / *М.Д.Машиковский.* – 15изд., перераб. испр. и доп. – М.: РИА «Новая волна», 2007.- 1206с.
5. *Немченко А.С.* Фармацевтическое ценообразование / *А.С.Немченко.* – Х.: Фирма «Радар», 1999. – 290с.
6. Остеоартроз: консервативная терапия: *Н.А.Корж, А.Н.Хвисюк, Н.В.Дедух и др.* Под ред. *Н.А.Корж, Н.В.Дедух, И.А.Зупанца.* – Х.: «Золотые страницы», 2007. – 424 с.
7. Остеоартрозы. Пути фармакологической коррекции. // *Н.В.Дедух, И.А.Зупанец, В.П.Черных, С.М.Дрогозов*– Х.: «Основа»; 1992. – С. 63-106.
8. *Панфілова Г.Л.* Маркетингове дослідження вітчизняного ринку хондропротекторів / *Г.Л.Панфілова, Г.М.Заріцька* // Фармаком. – 2008. – №4. – С. 115-123.
9. *Панфілова Г.Л.* Організація фармацевтичної допомоги населенню в умовах медичного страхування / *Г.Л.Панфілова, А.С.Немченко, О.А.Немченко.* – Х.:Авіста – ВЛТ, 2009. – 228с.
10. *Tavhead T.E, Hochberg M.C.* A systematic review of randomized controlled trials of pharmacological therapy in osteoarthritis of the knee, with an emphasis on trial methodology // *Semin. Arthritis Rheum.* – 1997. Vol. 26, - №5. 755-770.
11. *Altman R., Brandt K., Hochberg M., Moskowitz R.* Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis: recommendations from the task force of the osteoarthritis research society // *Osteoarthritis Cartilage.* - 1996. - Vol.4. - P.217-243.
12. *Badia Llach X.* Epidemiology and economic consequences of osteoarthritis. The European viewpoint // *In.: J.-Y.Reginster, J.-P. Pelletier, J.Martel-Pelletier, Y.Henrotin* (eds) *Osteoarthritis. Clinical and experimental aspects.* Springer.- 1999.- P.20-52.

### Відомості про авторів:

Панфілова Ганна Леонідівна, кандидат фарм. наук, доцент кафедри ОЄФ.

Заріцька Галина Марксівна, здобувач кафедри ОЄФ.

Адреса для листування: м. Харків, вул. Блюхера,4, кафедра ОЄФ НФаУ, 0572-67-91-70.

E-mail: zar-galina@rambler.ru