

Mamchur V.Yo., Opryshko V.I., Nosivets D.S.

PHARMACOVIGILANCE OF MEDICAL THINGS WHICH ARE USED AT THE PATHOLOGY OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Summary. *The authors analyzed 709 reports on the effects of adverse events resulting from medical use of drugs that affect the musculoskeletal system. The observed structure of complications depending on the active substance investigated gender and age characteristics of complications.*

Key words: *pharmacovigilance, side effects of medicines, pathology of the musculoskeletal system, clinical pharmacology.*

Стаття надійшла до редакції 29.04.2013 р.

Мамчур Віталій Йосипович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри фармакології, клінічної фармакології та фармакономіки ДЗ "ДМА";

Опришко Валентина Іванівна - д.мед.н., професор, кафедри фармакології, клінічної фармакології та фармакономіки ДЗ "ДМА";

Носівець Дмитро Сергійович - к.м.н., викладач, асистент кафедри фармакології, клінічної фармакології та фармакономіки ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", лікар ортопед-травматолог.

© Константинович Т. В.

УДК: 616.248:615.851+615.214

Константинович Т.В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова; кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (МКЛ №1, Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21029)

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПСИХОФАРМАКОКОРЕКЦІЇ

Резюме. *Проведено фармакоеконічний аналіз лікування 207 хворих на бронхіальну астму з використанням показників прямих та опосередкованих витрат протягом одного календарного року лікування на амбулаторному та стаціонарному етапах. Середні річні витрати на лікування одного хворого бронхіальною астмою за наявності клінічно значущої соматопсихічної дисфункції становили (4326,74±471,22) грн., що в 2,35 разів більше, ніж для одного хворого без супутніх розладів психоемоційної сфери. Збільшення вартості лікування цієї категорії хворих бронхіальною астмою обумовлено збільшенням витрат на придбання медикаментів та допоміжних засобів на стаціонарному етапі лікування (49,3% проти 44,9% в групі порівняння) внаслідок підвищення середньої тривалості стаціонарного курсу лікування, об'ємом терапії, частоти госпіталізації на рік. Амбулаторний етап лікування для хворих бронхіальною астмою за наявності клінічно значущих синдромів соматопсихічної дисфункції характеризується вірогідним підвищенням опосередкованих медичних витрат на надання невідкладної допомоги (50,5% проти 28,2% в групі порівняння), а також значним зниженням витрат на придбання життєво необхідних медикаментів для базисного лікування захворювання (39,5% проти 62,2% в групі порівняння). Існує залежність між психологічним станом хворих бронхіальною астмою, особливостями надання стаціонарної та амбулаторної допомоги та загальним рівнем вартості лікування, що є результатом зниження прихильності (комплаєнтності) пацієнтів внаслідок формування супутньої генералізованої СГД.*

Ключові слова: *бронхіальна астма, фармакоеконічний аналіз, лікування.*

Вступ

Несприятливі соціально-економічні умови, що склалися протягом останнього десятиріччя в Україні, кардинально змінили підходи до лікування бронхіальної астми (БА), що знайшло своє вираження у впровадженні в практичну охорону здоров'я послідовно трьох головних Наказів МОЗ України щодо діагностики, клінічної класифікації та лікування БА - № 311 (1999), № 499 (2003), № 128 (2007) [Наказ МОЗ, 2007]. Синтез нових антиастматичних препаратів значною мірою сприяв змінам, що сталися за останні роки в пульмонології, зокрема розширив терапевтичні можливості лікаря і водночас став поштовхом до багаторівневої оцінки ефективності терапії та її безпеки [Бездетко и др., 2009, Бугрова, Новиков, 2009]. Відомо, що досягнення швидкого терапевтичного ефекту, збереження соціального функціонування і якості життя при мінімізації коштів лікування є пріоритетом адекватності терапевтичної допомоги [Бельтюков, 2003, Данилов, 2008, Дынник и

др., 2004, Ігнат'єва та ін., 2007]. Однак дотепер в багатьох випадках фармакоеконічні показники залишаються поза увагою практичних лікарів. Прийняття рішення про призначення лікування має свідомі і позасвідомі мотиви. Прийнято вважати, що провідну роль відіграють ті мотиви, які ведуть до успіху. Тому нерідко лікарі з одного боку призначають досить широкий арсенал препаратів тій категорії хворих, яка дійсно потребує лише адекватної корекції запального процесу призначенням відповідної дози протиаастматичних засобів, а з іншого боку, користуються досить обмеженим арсеналом терапевтичних заходів, які в сукупності не вирішують всі проблеми хворого БА як індивідуума [Овчаренко и др., 2009, Santos et al., 2003]. Це стосується насамперед тих механізмів, які мають негативний вплив на перебіг БА окрім хронічного запалення дихальних шляхів, а саме негативного впливу супутньої патології емоційно-психічної сфери, яка формується протягом

хронічного перебігу захворювання.

Метою дослідження став фармакоекономічний аналіз (ФЕК-аналіз) лікування хворих БА в цілому та порівняння показників прямих та опосередкованих витрат на лікування захворювання у хворих за наявності та за відсутності супутніх синдромів ураження емоційно-психічної сфери.

Матеріали та методи

Аналізували вибірку з 207 хворих на БА 80 (38,6%) чоловіків та 127 (61,4%) жінок), що знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні міської клінічної лікарні № 1 м. Вінниці. Для проведення ФЕК-аналізу було розроблено оригінальну анкету в структурі карти клінічного обстеження, за допомогою якої аналізували всі ймовірні витрати на лікування БА протягом одного календарного року. Враховувались витрати на придбання ліків для надання лікувальної (планової амбулаторної, стаціонарної, невідкладної "швидкої допомоги"), вартість діагностичних лабораторно-інструментальної (кількість діагностичних обстежень в стаціонарі та на амбулаторному етапі) та консультативної (кількість звернень до дільничного лікаря, спеціалістів) допомоги з урахуванням конкретної вартості кожного випадку. Для аналізу непрямих витрат використали оцінку витрат, пов'язаних з вартістю тимчасової втрати працездатності (для працюючих оцінювали кількість днів тимчасової непрацездатності за лікарняними листами, для непрацюючих цей показник не розраховувався [Громовик, 2000; Заліська, 2002; Мостовий та ін., 2003]. Надалі всі грошові витрати розраховувались відповідно на 1 хворого БА у зв'язку з тяжкістю перебігу та характеру загострення, а також відповідно до наявності клінічно значущих синдромів ураження емоційно-психічної сфери (тривоги, невротизації та депресії) та їх поєднання. Статистична обробка отриманих даних виконана на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS.12 для Windows [Бююль, Цефель, 2005]

Результати. Обговорення

Клінічно значущі розлади емоційно-психічної сфери діагностовано у 5 (22,7%) хворих з легким персистуючим перебігом БА, у 38 (40,0%) з середньотяжким персистуючим перебігом БА та у 38 (44,2%) хворих з тяжким персистуючим перебігом БА. Легке загострення супроводжувалось супутнім клінічно значущим синдромом соматопсихічної дисфункції у 6 (24,0%) хворих, середньотяжке - у 37 (38,1%), тяжке загострення асоціювалось з розвитком клінічно значущого синдрому СПД у 38 (48,1%) хворих. В табл. 1 представлені дані щодо показників стаціонарного лікування хворих БА залежно від рівня тяжкості СПД.

Хворі БА за супутнього клінічно значущого синдрому СПД характеризувалися показниками збільшеної частоти госпіталізацій на рік та тривалості середнього

ліжка дня. В подальшому ми побудували своє дослідження таким чином, щоб з'ясувати істинні матеріальні витрати та коштовність лікування одного стаціонарного курсу лікування хворих БА за наявності та за відсутності клінічних синдромів СПД з подальшим обчисленням витрат для хворих протягом року на надання стаціонарного лікування. Для цього враховували дані, які стосуються об'єму та вартості одного курсу лікування та виконання діагностичних заходів.

Отримані результати ілюструють прямі медичні матеріальні витрати, які несуть хворі БА відповідно двох груп порівняння. Так, хворі БА за відсутності клінічно значущої СПД протягом 1 стаціонарного курсу лікування в пульмонологічному відділенні витрачали у середньому ($233,77 \pm 16,52$) грн. на придбання ліків та допоміжних засобів, хворі БА за наявності клінічно значущої СПД витрачають відповідно більшу суму, яка, за нашими даними складає ($344,60 \pm 25,01$) грн. Різниця вартості лікування у ($110,83 \pm 8,49$) грн. відбувається не за рахунок різниці в призначенні життєво важливих медикаментів - інгаляційних глюкокортикостероїдів (ГКС) та інгаляційних бронходилататорів (де розбіжності визначаються копійками), а за рахунок призначення інфузійної терапії, еуфіліну, системних ГКС, метаболічних засобів, спазмолітиків, та, головним чином, антибіотиків, а також додаткових медичних засобів (шприців). Якщо загальну суму витрат на 1 стаціонарний курс лікування прийняти за 100%, то можна отримати долю кожного з препаратів, що призначались. Так, в структурі витрат на лікування перше місце займали антибіотики (на які випадало більше 50 % від витрат на придбання ліків для стаціонарного лікування), за ними в порядку зменшення йшли додаткові засоби (шприці та системи для в/в інфузій) - 12-14% витрат, розчини для в/в інфузій - 7-10%, метаболічні засоби - 5-6%, на долю відхаркуючих, спазмолітичних, серцевих засобів приходилося близько 1-2% витрат, базисна терапія інгаляційними глюкокортикостероїдами та інгаляційними бронхолітиками коштувала менше 1% від усіх матеріальних витрат хворих.

Ми не отримали статистично значущої відмінності в частоті призначення виду та кількості діагностичних обстежень в обох групах, що порівнювались, за виключенням дослідження рівня глікемії ($p < 0,01$), ультразвукового обстеження серця та судин ($p < 0,05$), гінекологічного обстеження ($p < 0,05$). Це свідчить про те, що хворі БА обох клінічних груп обстежувались однаково, за єдиним, прийнятим у відділенні алгоритмом. Можна лише припустити, що збільшення частоти ультразвукового обстеження серця і судин в групі хворих БА за наявності клінічно значущої СПД може бути пов'язане із присутністю цілого ряду кардіальних симптомів, які потребували проведення диференційної діагностики між органічним ураженням серця та психосоматизацією симптомів.

З іншого боку, проводячи частотний аналіз при-

Таблиця 1. Середні показники стаціонарного етапу лікування хворих БА залежно від тяжкості СПД.

Показники лікування	Синдром СПД		В цілому по групі (n=207)
	Клінічно-незначущий (n=126)	Клінічно-значущий (n=81)	
Частота госпіталізацій в рік, (M±m)	1,7±0,1	2,9±0,1**	2,1±0,1
Середній ліжко-день, (M±m)	12,9±0,4	16,3±0,5**	14,2±0,3

Примітка: ** - $p < 0,01$.

значення діагностичних процедур, можна дійти висновку, що протягом стаціонарного етапу перебування хворих БА в цілому, лікарями призначаються, на нашу думку, багато діагностичних процедур, які для даної категорії хворих є малоінформативними, а тому зайвими, не дивлячись на їх високу собівартість, що значно підвищує опосередковані, нематеріальні витрати, що бере на себе держава. Це відноситься, насамперед, до таких досліджень, як біохімічні дослідження крові (функціональні проби печінки, нирок, білковий спектр), які призначалися більше 80-90% хворим та ультразвукові обстеження, якими було охоплено більше 1/3 стаціонарних пацієнтів. Тоді як мікробіологічне дослідження харкотиння виконувалось лише у 1/3 пацієнтів, у той час, як вже було означено вище, антибактеріальна терапія призначалась у 69% хворих, що, з нашої точки зору не є виправданим без верифікації інфекційно-залежного загострення БА та встановлення винного збудника.

В подальшому ми провели ФЕК-аналіз витрат, які були обумовлені призначенням діагностичних процедур хворим БА під час одного стаціонарного курсу лікування в пульмонологічному відділенні. Врахування собівартості діагностичних процедур та середній показник частоти призначення кожної з них для хворих БА груп, що порівнювались, дозволив встановити, що протягом одного стаціонарного курсу лікування хворого БА за відсутності клінічно значущої СПД держава витрачає на забезпечення діагностичних обстежень та додаткових консультацій фахівців-спеціалістів у середньому (67,39±2,11) грн., у той час як діагностичне обстеження одного хворого БА з наявністю клінічно значущої СПД коштує більше і складає у середньому (78,12±6,25) грн. Насамперед, це відбувалося за рахунок переважання середніх показників частоти призначень традиційних лабораторних (загальний аналіз крові, сечі, цукор крові) та інструментальних (ЕКГ, спірометрія) обстежень. Причому, ця сума для хворих обох груп могла би бути суттєво меншою, якщо б не призначалися діагностичні

процедури другорядного плану, в тому числі коштовні ультразвукові методи діагностики, мало інформативні для даної категорії хворих біохімічні обстеження.

Враховуючи показники тривалості середнього курсу перебування у стаціонарі можна розрахувати так звані нематеріальні витрати, пов'язані із так званими "готельними" послугами курсового стаціонарного лікування, що базуються на вартості 1 ліжко-дня на час проведення дослідження згідно даних планового відділу лікарні (табл. 2).

В табл. 3 відображена інформація щодо сумарних витрат, пов'язаних із стаціонарним лікуванням хворих БА протягом одного року відповідно за наявності та відсутності клінічно значущих синдромів СПД.

Як видно з даних табл. 3, річна вартість лікування 1 хворого БА за наявності клінічно значущої СПД становить (2027,13±115,25) грн., що на (1143,44±72,05) грн. (в 2,3 рази) більше порівняно із хворими БА, які не мають клінічно значущих розладів емоційнопсихічної сфери. Це пов'язано із збільшенням частоти госпіталізацій, тривалості стаціонарного курсу лікування та об'ємом лікувальних та діагностичних процедур, що проводились. Враховуючи той факт, що хворі БА за наявності та за відсутності клінічно значущої СПД вірогідно не відрізнялися за тяжкістю перебігу БА, а відповідно, і за виразністю запальних змін в дихальних шляхах, взаємозв'язок між психологічним станом хворих БА та витратами на лікування прямий, а негативний вплив психоемоційних станів в даному випадку є безперечним.

Враховуючи завдання дослідження, ми також провели ФЕК-аналіз вартості надання медичної допомоги хворим БА обох груп на амбулаторному етапі лікування. Цей етап включав аналіз витрат на надання планової амбулаторної допомоги (придбання медикаментів для лікування БА, витрати на лабораторно-інструментальні дослідження та консультативну допомогу), а також вартість надання невідкладної допомоги. Підрахунок коштів, які витрачалися на діагностику хворих БА показав, що середня вартість річної кількості діагностичних обстежень на амбулаторному етапі за наявності клінічно значущої СПД в 2,5 рази перевищує аналогічний показник для хворих за її відсутності і складає у середньому (231,51±32,44) грн. проти (91,98±14,14) грн. ($p < 0,001$). Збільшення витрат на забезпечення діагностичних обстежень пов'язана із частішим зверненням пацієнтів за супутньої СПД до лікарів загальної практики, пульмонологів, фахівців вузьких спеціальностей, результатом чого є призначення цілого ряду діагнос-

Таблиця 2. Вартість "готельних" послуг стаціонарного лікування хворих БА (M±m).

№	Групи хворих БА	Вартість 1 ліжко-дня, грн.	Середній строк перебування на койці, днів	Вартість "готельних" послуг на курс лікування, грн.
1	Хворі БА за відсутності клінічно значущої СПД (n=126)	16,95	12,9±0,4	218,66±6,78
2	Хворі БА за наявності клінічно значущої СПД (n=81)	16,95	16,3±0,5***	276,29±8,48*

Примітка: різниця вірогідна для груп порівняння: * - $p < 0,05$, *** - $p < 0,001$.

тичних обстежень, які. В багатьох випадках, не несуть діагностичної інформації щодо особливостей перебігу БА, а призначаються необгрунтовано, що призводить до збільшення загальних витрат на БА. Особливо це стосується біохімічних обстежень, ультразвукової діагностики, дослідження електричної активності серця.

Цікавими виявилися показники непрямих (немедичних) матеріальних витрат, пов'язаних з частковою втратою працездатності у зв'язку з астмою. Вони характеризують збитки нашої держави внаслідок втрат днів на виробництві або пропусків навчання. Вирахувати гривневий еквівалент цієї категорії витрат на сучасному етапі розвитку економіки неможливо, оскільки значна частка хворих БА працездатного віку на момент обстеження не мала постійного місця роботи та фіксованої заробітної платні. Тому ми обмежилися лише визначенням середнього показника днів непрацездатності протягом одного календарного року для хворих БА, що порівнювалися. Аналіз соціального статусу хворих БА показав, що в групі хворих БА за відсутності клінічно значущої СПД було 54,7% працюючих пацієнтів (робочих та службовців), 14,2% - осіб, що навчаються (школярів та студенти) та 30,9% непрацюючих осіб (пенсіонери та хворі-інваліди). Дещо інша ситуація була в групі хворих БА за наявності клінічно значущої СПД, де переважали непрацюючі особи - 50,6%, учні та студенти - 4,9%, решту склали працюючі хворі - 44,4%.

Встановлено, що 53 хворих БА (42,1%) з групи пацієнтів з клінічно незначущою СПД під час звернення до лікарів на амбулаторному етапі отримували лікарняні листи, у той час як в групі за клінічно значущої дисфункції частка таких пацієнтів була достовірною більшою і становила 48 (59,3%) хворих ($p=0,016$). Загальна кількість днів непрацездатності на рік склала відповідно у середньому для хворих БА з клінічно незначущим синдромом СПД ($11,4 \pm 1,8$) днів на рік, при середній частоті виходу на лікарняний - ($1,4 \pm 0,2$) рази на рік. Для хворих БА з клінічно значущою СПД був характерний подовжений термін перебування на лікарняному листку - ($29,4 \pm 3,7$) днів на рік ($p < 0,001$), причому частота тимчасової втрати працездатності становила $2,4 \pm 0,3$ рази ($p < 0,01$) разів на рік. Враховуючи той факт, що частка працюючих пацієнтів в цій групі була достовірно нижчою, аніж в групі порівняння, можна зробити висновок, що немедичні (державні) втрати для цієї категорії хворих у зв'язку з їх тимчасовою непрацездатністю вірогідно вищі ($p < 0,001$).

Аналіз прямих медичних матеріальних витрат та вартість лікування хворих БА за наявності та за відсутності клінічних синдромів СПД на амбулаторному етапі протягом одного календарного року розраховувалась на підставі визначення груп препаратів та їх виду, кількості упаковок за рік, які були придбані хворими та встановлення комплаєнтності хворих (відповідності дійсного обсягу лікування призначеному лікарем).

Витрати хворих БА, які йшли на придбання ліків з

Таблиця 3. Річні витрати, пов'язані із стаціонарним лікуванням хворих БА за наявності та відсутності клінічно значущої СПД ($M \pm m$).

№	Вид витрат	Витрати хворих БА, грн.	
		За клінічно-незначущої СПД	За клінічно-значущої СПД
1	Придбання медикаментів та допоміжних засобів, грн./курс	233,77 ± 16,52	344,60 ± 25,01**
2	Лабораторно-інструментальна діагностика, грн./курс	67,39 ± 2,11	78,12 ± 6,25*
3	"Готельні" послуги, грн./курс	218,66 ± 6,78	276,29 ± 8,48*
Усього за курс, грн.		519,82 ± 25,41	699,01 ± 39,74*
4	Середня частота стаціонарного лікування в рік, ($M \pm m$)	1,7 ± 0,1	2,9 ± 0,1***
Усього за рік, грн.		883,69 ± 43,20	2027,13 ± 118,25**

Примітка: різниця вірогідна для груп порівняння: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$.

метою базисного лікування захворювання на амбулаторному етапі мали суттєві вірогідні розбіжності, які обумовлені психоемоційним станом хворих. Так, коштовність річного амбулаторного лікування хворих БА за наявності супутньої СПД становила у середньому ($907,46 \pm 170,73$) грн. на одного хворого, що в 1,53 рази вище витрат, які несли хворі БА за відсутності клінічно значущих синдромів СПД, що витрачали в рік у середньому ($594,85 \pm 84,98$) грн. на одного хворого. Крім того, виявлено, що витрати на закупівлю медикаментів у групі хворих БА за наявності клінічно значущої СПД зв'язані із збільшенням кількості використання одиниць ?2-агоністів (сальбутамолу) - ($18,4 \pm 1,2$) проти ($12,0 \pm 0,9$) ($p < 0,001$) MDI, парентеральних форм теофіліну - ($24,3 \pm 4,1$) проти ($5,1 \pm 1,7$) ампул ($p < 0,001$) та системних ГКС - ($18,7 \pm 3,8$) проти ($3,7 \pm 1,7$) ($p < 0,001$), пероральних форм теофіліну - ($244,3 \pm 65,8$) проти ($102,8 \pm 24,5$) таблеток ($p < 0,05$) та системних ГКС - ($90,3 \pm 28,9$) проти ($18,8 \pm 8,1$) таблеток ($p < 0,01$), відхаркуючих засобів - ($125,9 \pm 32,4$) проти ($44,4 \pm 11,4$) таблеток ($p < 0,01$), парентеральних форм спазмолітиків, серцевих та метаболітичних препаратів, вартість яких не була врахована внаслідок відсутності стандарту використання.

Таблиця 4 ілюструє сумарні річні витрати пацієнтів з БА на амбулаторному етапі лікування залежно від різного ступеня тяжкості психоемоційних станів.

Досить високі витрати бере на себе держава із забезпечення хворих БА наданням невідкладної допомоги в рамках обслуговування бригадами "швидкої допомоги", причому відповідно до стану економічного розвитку спостерігається чітка тенденція збільшення вартості одного виклику "швидкої допомоги" з приводу БА. Традиційно, об'єм невідкладної лікування, що надається бригадою "швидкої допомоги" хворому з БА вклю-

Таблиця 4. Річні витрати, пов'язані із амбулаторним лікуванням хворих БА за наявності та відсутності клінічно значущої СПД ($M \pm m$).

№	Вид витрат	Витрати хворих БА, грн.	
		За клінічно-незначущої СПД	За клінічно-значущої СПД
1	Придбання медикаментів грн./рік	594,85±84,98	907,46±170,73**
2	Лабораторно-інструментальна діагностика, грн./рік	91,98±14,14	231,51±32,64***
3	Надання невідкладної допомоги, грн./рік	269,28±67,32	1160,64±149,60***
Усього за рік, грн.		956,11±166,44	2299,61±352,97**

Примітка: різниця вірогідна для груп порівняння: *** - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$.

чає дексаметазон 4-8 мг (або преднізолон 30-60 мг) в/в струминно, еуфілін 2,4% 5-10 мл в/в струминно залежно від тяжкості стану, за необхідності - проведення небулізації розчинів салбутамолу, флютиказону (або будесоніду) через небулайзер, інгаляції зволоженого кисню, при тахікардії - верапаміл 40 мг в/в струминно, сульфат магнію 25% 5-10 мл в/в або в/м, спазмолітична терапія розчинами папаверину 2% 2 мл або ношпи в/в або в/м [Мостовий, Овчарук, 2009].

Аналіз особливостей надання невідкладної допомоги показав, що 45 (35,7%) з 126 хворих БА за відсутності клінічно значущої СПД викликали карету "швидкої допомоги", у той час як хворі за наявності клінічно значущої СПД звертались по невідкладну допомогу достовірно частіше - 62 пацієнта з 81, що становить 76,5% ($p < 0,001$). Відповідні результати отримані при аналізі середньої частоти звернень пацієнтів обох груп по невідкладну допомогу. Так визначено, що середній показник частоти звернень по невідкладну допомогу протягом року для хворих БА за відсутності клінічно значущої СПД склав $3,6 \pm 0,9$ разів, для хворих БА з вираженими проявами дисфункції - $(15,5 \pm 2,0)$ разів ($p < 0,001$). При проведенні математичних розрахунків, отримано річну вартість надання невідкладної допомоги, яка для хворих БА за відсутності клінічно значущої соматопсихічної дисфункції станом на 2006 р. склала $(269,28 \pm 67,32)$ грн., а для хворих БА за наявності супутньої клінічно значущої соматопсихічної дисфункції - $(1160,64 \pm 149,6)$ грн., тобто в 4,3 рази більше.

Загальна середня вартість лікування 1 хворого БА за наявності синдромів клінічно значущої СПД на амбулаторному і стаціонарному етапі лікування склала $(4326,74 \pm 471,22)$ грн., що в 2,35 разів більше за витрати на 1 хворого БА за відсутності клінічно значущих розладів психоемоційної сфери, склала у середньому $(1839,80 \pm 209,64)$ грн.

В структурі загальних річних витрат на стаціонарне та амбулаторне лікування пацієнти обох груп статистично не відрізнялись - 46,9-48% витрачалось на стаціонарне лікування, 52-53,1% - на амбулаторне. Однак

поглиблене вивчення структурного розподілення витрат показало суттєві розбіжності між хворими БА, що порівнювались. Так, основні додаткові витрати на етапі стаціонарного лікування для хворих БА за клінічно значущої СПД були обумовлені прямими медичними витратами на придбання медикаментів та допоміжних засобів, що в свою чергу залежить від тривалості стаціонарного курсу лікування, об'єму терапії, що призначалась, та частоти госпіталізацій за рік, які для даної групи хворих були статистично вірогідно більшими. На амбулаторному етапі лікування більше 50% коштів обумовлені витратами, що пов'язані із наданням невідкладної допомоги, у той час як відсоток витрат на придбання медикаментів для контролю БА в цій групі був вірогідно нижчим. Враховуючи той факт, що як амбулаторне, так і стаціонарне лікування є матеріальним тягарем безпосередньо для пацієнта, тому має місце ситуація, коли певна категорія хворих, яка не в змозі з певними причинами отримувати належне базисне лікування на амбулаторному етапі, частіше користується послугами "швидкої допомоги", яка безкоштовно надає ургентну допомогу на дому, що спричиняє високі матеріальні медичні витрати державного рівня, або приймає рішення про необхідність госпіталізації в стаціонар, чим спричиняє часто необгрунтовані матеріальні витрати відповідно особистісного рівня. Зв'язок між підвищенням загальних витрат на лікування БА та психологічним станом хворих дає змогу припустити, що наявність клінічно значущої СПД у частини хворих БА (39,1%) має негативний вплив на перебіг та наслідки не лише з точки зору формування обтяженого в клінічному розумінні перебігу захворювання, але й несе вірогідно більший матеріально-економічний тягар для самого пацієнта, членів його родини та держави в цілому. З нашої точки зору, має місце ще один механізм, що пояснює зв'язок між цими складовими - це вплив скопроментованого психоемоційного стану хворих БА на прихильність (комплаєнтність) до лікування. Внаслідок цього вони рідше дотримуються здорового способу життя, гірше виконують рекомендації лікаря, у зв'язку з чим проведення лікувальних та реабілітаційних заходів в даному випадку є проблематичним.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Середні річні витрати на лікування одного хворого БА за наявності клінічно значущої СПД становили $(4326,74 \pm 471,22)$ грн., що в 2,35 разів більше, ніж для одного хворого без супутніх розладів психоемоційної сфери.

2. Збільшення вартості лікування цієї категорії хворих БА обумовлено збільшенням витрат на придбання медикаментів та допоміжних засобів на стаціонарному етапі лікування (49,3% проти 44,9% в групі порівняння) внаслідок підвищення середньої тривалості стаціонарного курсу лікування, об'ємом терапії, частоти госпіталі-

ізації на рік.

3. Амбулаторний етап лікування для хворих БА за наявності клінічно значущих синдромів СПД характеризується вірогідним підвищенням опосередкованих медичних витрат на надання невідкладної допомоги (50,5% проти 28,2% в групі порівняння), а також значним зниженням витрат на придбання життєво необхідних медикаментів для базисного лікування захворювання (39,5% проти 62,2% в групі порівняння).

4. Існує залежність між психологічним станом хворих БА, особливостями надання стаціонарної та амбулаторної допомоги та загальним рівнем вартості ліку-

вання, що є результатом зниження прихильності (комплаєнтності) пацієнтів внаслідок формування супутньої генералізованої СПД.

Перспективним є проведення корекції супутніх розладів емоційно-психічної сфери в структурі комплексного лікування БА з використанням різних підходів і виправданим для оптимізації базисного лікування хворих, стабілізації соматичних та психологічних характеристик пацієнтів, поліпшення якості життя, а також може стати засобом реального зниження загальних прямих та непрямих витрат на терапію цього захворювання на стаціонарному та амбулаторному етапах.

Список літератури

- Бездетко Т. В. Пути оптимизации лечения бронхиальной астмы [Текст] / Т. В. Бездетко, Т. Ю. Химич, Е. В. Авдеева // Астма та алергія. - 2009. - № 1-2. - С. 51-54.
- Бельтюков Е. К. Клинико-экономический анализ эффективности современных технологий ведения больных бронхиальной астмой в условиях локальной противоастматической программы [Текст] / Е. К. Бельтюков // Пульмонология. - 2003. - № 1. - С. 83-89.
- Бугрова С. Коррекция когнитивных и нейромедиаторных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии [Текст] / С. Бугрова, А. Новиков // Врач. - 2009. - № 4. - С. 53-54.
- Бююль А. SPSS : искусство обработки информации. Platinum Edition [Текст] / Ахим Бююль, Петер Цефель ; [пер. с нем.]. - СПб. : ООО "ДиасофтОП", 2005. - 608 с.
- Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы [Текст] / С. И. Овчаренко, М. Н. Акулова, М. Ю. Дробинцев, А. Б. Смулевич // Пульмонология. - 2009. - № 3. - С. 82-87.
- Громовик Б. П. Роль и место фармакоэкономического анализа в логистических технологиях учреждений здравоохранения [Текст] / Б. П. Громовик // Провизор. - 2000. - № 17. - С. 19-22.
- Данилов, Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) [Текст] / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2008. - Т. 10, № 1 - С. 13-20.
- Діагностика, клінічна класифікація та лікування бронхіальної астми [Текст] / Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія" : Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. - Київ, 2007. - 146 [31-62] с.
- Дынник О. Б. Стоимость медицинской помощи: методологические аспекты (зарубежный опыт) / О. Б. Дынник, Ю. В. Поляченко, В. Н. Залесский // Врач. дело. - 2004. - № 1. - С. 87-90.
- Заліська О. М. Використання методів фармакоекономічної оцінки лікарських засобів в Україні : [методичні рекомендації] [Текст] / О. М. Заліська. - МОЗ України. - Львів, 2002. - 23 с.
- Ігнат'єва В. І. Фармакоекономічні характеристики різних методів лікування хворих на тяжку персистуючу бронхіальну астму [Текст] / В. І. Ігнат'єва, Г. Л. Гуменюк, С. М. Москаленко // Астма та алергія. - 2007. - № 1-2. - С. 11-14
- Мостовий Ю. М. Клінічні та фармакоекономічні аспекти тяжких загострень бронхіальної астми [Текст] / Ю. М. Мостовий, М. В. Овчарук // Новості медицини та фармації. - 2009. - № 5-6. - С. 7-8.
- Мостовий, Ю. М. Фармакоепідеміологічні та фармакоекономічні дослідження у медицині : [навчальний посібник] [Текст] / Ю. М. Мостовий, Г. І. Томашкевич, Т. В. Константинович-Чіпрельо. - Вінниця, 2003. - 79 с.
- Health care cost associated with acute and stable asthma: an economic analysis [Text] / L. A. Santos, S. M. Faresin, A. M. Oloveira [et al.] // ERJ. - Sept., 2003. - Vol. 22, № 45. - P. 2688.
- The costs of adult asthma in Canada [Text] / [Boston Consulting Group]. - Princeton, USA, Communication Media for Education, 1993. - 132 p.

Константинович Т.В.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОФАРМАКОКОРРЕКЦИИ

Резюме. Проведен фармакоэкономический анализ лечения 207 больных бронхиальной астмой (БА) с использованием показателей прямых и опосредованных расходов в течение одного календарного года на амбулаторном и стационарном этапах. Средние годовые затраты на лечение одного больного БА при наличии клинически значимого синдрома соматопсихической дисфункции (СПД) составляли (4326,74±471,22) грн., что в 2,35 раз больше, чем на одного больного без сопутствующих расстройств эмоциональнопсихической сферы. Увеличение стоимости лечения этой категории больных БА обусловлено увеличением расходов на приобретение медикаментов и вспомогательных средств на стационарном этапе лечения (49,3% против 44,9% в группе сравнения) вследствие повышения средней продолжительности стационарного курса лечения, объемом терапии, частоты госпитализаций в год. Амбулаторный этап лечения для больных БА при наличии клинически значимых синдромов СПД характеризуется достоверным повышением опосредованных медицинских расходов на оказание неотложной помощи (50,5% против 28,2% в группе сравнения), а также значительным снижением расходов на приобретение жизненно необходимых медикаментов для базисного лечения заболевания (39,5% против 62,2% в группе сравнения). Существует зависимость между психологическим состоянием больных БА, особенностями оказания стационарной и амбулаторной помощи и общим уровнем стоимости лечения.

Ключевые слова: бронхиальная астма, фармакоэкономический анализ, лечение.

Konstantynovych T.V.

PHARMACOECONOMIC RATIONALE FOR TREATMENT OF ASTHMA USING PSYCHOPHARMACOCORRECTION

Summary. *Pharmacoeconomic analysis of treatment of 207 outpatients and inpatients with bronchial asthma (BA) with the using of direct and indirect costs for one calendar year was conducted. The average annual cost of treating one patient with BA clinically significant syndrome somatopsychic dysfunction (SPD) was (4326,74±471,22) UAH. That 2,35 times much more than one patient without comorbidity emotional sphere. The increase of treatment cost of such patients category with asthma due to increased costs for the purchase of medicines and aids for inpatient treatment (49,3% versus 44,9% in the comparison group) as a result of increasing in average inpatient treatment therapy course, the frequency of hospital admissions per year. Outpatient treatment for patients with asthma in the presence of clinically significant syndromes is characterized by significant increase in SPD indirect medical costs of emergency care (50,5% versus 28,2% in the comparison group), and a significant reduction in the cost of purchasing essential medicines for basic treatment disease (39,5% versus 62,2% in the comparison group). There is a correlation between the psychological state of patients with asthma, features of inpatient and outpatient care and the overall cost of treatment.*

Key words: *bronchial asthma, pharmacoeconomical analysis, treatment.*

Стаття надійшла до редакції 1.04.2013 р.

Константинович Тетяна Володимирівна - д.мед.н., кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; (096) 3908764.

© Гуцол Л.П., Клімов О.І., Богук Я.В.

УДК: 614.27:615.015.32

Гуцол Л.П., Клімов О.І., Богук Я.В.

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, КП "Фармація", м. Київ (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ АСОРТИМЕНТУ ГОМЕОПАТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ АПТЕКИ

Резюме. *Розглядаються принципи формування і характеристики асортименту гомеопатичних лікарських засобів спеціалізованої аптеки за показниками ширини і повноти. Наведено розрахунки досліджуваних показників для аптеки №12 КП "Фармація" м. Києва, що є основою формування оптимального асортименту гомеопатичних лікарських засобів, наявність якого дозволяє забезпечувати споживчий попит та стабільність економічних показників аптеки.*

Ключові слова: *гомеопатичні лікарські засоби, аптека, асортимент, ширина, повнота.*

Вступ

Постановка проблеми. Розвиток аптек в умовах конкурентного середовища, стабільність їх роботи насамперед пов'язані з можливістю задоволення попиту споживачів, що залежить від формування оптимального асортименту лікарських засобів (ЛЗ) та супутніх товарів, обраної асортиментної політики та управління нею. Асортиментна політика встановлює зв'язок між вимогами ринку (зрушеннями у попиті і вартості ЛЗ, змінами конкурентного середовища), з одного боку, а також специфікою діяльності та можливостями аптеки з іншого. Головна її мета полягає в тому, щоб у кожній даній момент (і в розумній перспективі) сукупність ЛЗ і супутніх товарів, які реалізуються аптекою, оптимально забезпечувала задоволення споживчого попиту як за якісними, так і кількісними характеристиками.

Сьогодні актуальним вважається створення і виробництво лікарських засобів (ЛЗ) з натуральної сировини, а також оптимізація забезпечення населення ЛЗ природного походження [Громовик, 2000; Лесик та ін., 2004]. Зважаючи на це, одним із перспективних напрямків сучасної медицини, на наш погляд, є розвиток гомеопатичної фармації, адже гомеопатичні лікарські засоби (ГомЛЗ) давно зарекомендували себе як достатньо ефективні і безпечні [Мнушко, Грекова, 2000; Бадья,

2002; Гарник та ін., 2008; Мощич, 2013].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Незважаючи на те, що ефективність методу гомеопатії та маркетингові аспекти забезпечення ГомЛЗ населення України вивчалися, проте вони мають на сьогодні скоріше ретроспективне значення [Мнушко, Грекова, 2000; Сергеева, Хименко, 2001].

Проблеми визначення оптимального продуктового асортименту фармацевтичних організацій розглядалися в дисертаційних роботах ряду вітчизняних вчених. Зокрема, Пестун І.В. опрацювала науково-методичні підходи до управління асортиментом ЛЗ в фармацевтичних організаціях на основі маркетингових та фармако-економічних досліджень [Пестун, 2002], Рогуля О.Ю. науково-обґрунтовані рекомендації щодо оптимізації товарної політики вітчизняних фармацевтичних підприємств [Рогуля, 2002], Шевченко О.Л. теоретичні, методичні і прикладні засади формування і реалізації маркетингової товарної політики підприємствами фармацевтичної галузі [Шевченко, 2003], а Жадько С.В. науково обґрунтовані підходи до вдосконалення асортиментної політики виробничих фармацевтичних підприємств за умов загострення конкуренції на фармацевтичному ринку України [Жадько, 2009].