

ОЦЕНКА ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГЛЮКОЗАМИНА СУЛЬФАТА И АЦЕТАМИНОФЕНА В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА

Г. М. Зарицкая

Кафедра организации и экономики фармации

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

economica@edu.nuph.ua

Вступление. По данным ВОЗ, среди основных причин инвалидности людей в возрасте от 55-ти лет и более остеоартроз (ОА) занимает второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы. В соответствии с международными рекомендациями EULAR (The European League Against Rheumatism, 2003) и OARSI (Osteo Arthritis Research Society International, 2008) ключевые позиции в организации лечебно-профилактического процесса больных ОА должны занимать хондропротекторные препараты (ХП). Учитывая высокостоимостные характеристики ХП, а также необходимость их длительного применения, особую актуальность имеют результаты фармакоэкономических исследований применения хондропротекторной терапии ОА по сравнению с использованием НПВС. Поэтому целью наших исследований стал фармакоэкономический анализ эффективности применения препаратов глюкозамина сульфата (ГС) и ацетаминофена в терапии ОА.

Методы исследований. Логический, сравнительный, а также метод «стоимость-эффективность». В анализе использовались данные исследований GUIDE (Испания, 318 больных ОА), которые проводились с целью определения клинической эффективности препаратов ГС в сравнении с ацетаминофеном (1000 мг/день). Оценка терапевтической эффективности осуществлялась по пяти показателям: индекс Лекена (А - условное обозначение показателя в анализе); индекс WOMAC (В); показатель ответа на лечения по критериям OMERACT OARSI (С); значение минимального клинически значимого улучшения состояния больного (D) и функции сустав (E).

Результаты исследований. Установлено, что для большинства показателей (А, С, Д) значение CER по ГС было меньшим, в сравнении с ацетаминофеном. Так, по показателю А коэффициент CER по ацетаминофену превышал аналогичные значения по ГС на 43,95 \$ США/ед. эффективности (ед. эф.), по показателю С – 6,15 \$ США/ед.эф., Д – 0,52 \$ США/ед. эф. В условиях отсутствия четкой доминанты в использовании той или иной схемы фармакотерапии осуществляется определение коэффициента прироста эффективности расходов «incremental cost-effectiveness ratio (ICER)». На предварительном этапе исследований нами из анализа были исключены схемы фармакотерапии ОА с критически низким значением показателей эффективности, самым высоким значением прироста эффективности расходов, а также те, за которыми следующая схема лечения имела отрицательное значение коэффициента ICER. Так, по показателям эффективности А, С, Д были исключены данные по группе больных, которые принимали плацебо, а по показателям В и Е препараты ГС. В результате анализа ICER по трем из пяти показателей клинической эффективности (А, С, Д) прирост единицы эффективности в лечении ОА для препаратов ГС достигается меньшими расходами по сравнению с референтным ацетаминофеном. Для прироста единицы эффективности по индексу Лекена (снижение на один балл), наличию терапевтического ответа на лечение по критериям OMERACT OARSI (увеличение на 1,0%) и увеличением минимального клинически значимого улучшения состояния больного (%) в схемах фармакотерапии с ГС необходимо дополнительно привлечь меньше средств, чем в случае использования препаратов ацетаминофена.

Выводы. Несмотря на тот факт, что стоимость лечения одного дня больных ОА с использованием схем фармакотерапии с препаратами ГС практически в пять раз выше, чем у ацетаминофена, эффективность последнего в соответствии с результатами фармакоэкономического анализа «стоимость-эффективность» уступает препаратам ГС.