

УДК 338.5:336.2.027:368.06

О. І. Красуля, А. А. Котвицька, І. В. Кубарєва, О. О. Суриков

Національний фармацевтичний університет

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

У статті наведені результати комплексного клініко-економічного аналізу фармакоterapiї хворих на інфаркт міокарда. Аналіз було проведено з метою розробки локального формуляра та страхового переліку лікарських засобів (ЛЗ). Було проаналізовано 94 історії хвороб пацієнтів, що проходили лікування у кардіологічному відділенні лікувально-профілактичного закладу «Феофанія», м. Київ. Експериментально доведено, що ЛЗ антикоагулянтної дії є найважливішою групою препаратів в організації надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на інфаркт міокарда в умовах стаціонару. За результатами дослідження встановлено, що лікарі найчастіше використовують ЛЗ із групи E (важливі).

Ключові слова: фармацевтичне забезпечення; інфаркт міокарда; клініко-економічний аналіз

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) населення є однією з найактуальніших медичних та соціально-економічних проблем як для вітчизняної охорони здоров'я, так і для багатьох країн світу. За даними Держкомстату, за останні роки в Україні відмічається значне зростання захворюваності на серцево-судинні патології. Гострі форми ішемічної хвороби серця тривалий час посідають провідне місце у загальній структурі ССЗ та смертності. За рівнем смертності населення від ССЗ Україна знаходиться на першому місці серед країн Європи. Незважаючи на суттєві досягнення останніх років у діагностиці та лікуванні цього захворювання, в Україні спостерігається тенденція до помолодження контингенту з цими хворобами, несприятливого перебігу захворювання та, як наслідок, зростання кількості випадків ранньої інвалідизації осіб працездатного віку [7].

За умов дефіциту бюджетних коштів на охорону здоров'я населення, недосконалого нормативно-правового забезпечення діяльності закладів медицини щодо залучення позабюджетних коштів та нерозвинутого ринку медичного страхування великого значення набуває збільшення лікувального ефекту від витрат на придбання

ЛЗ [4, 5]. Тобто особливої актуальності набувають дослідження з оптимізації та раціоналізації фармацевтичного забезпечення хворих.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

У світовій практиці з метою розробки ефективних моделей фармацевтичного забезпечення та раціоналізації споживання ЛЗ все частіше застосовуються методи клініко-економічного аналізу (КЕА) [1, 5, 8, 11]. Враховуючи значне зростання ССЗ, особливого значення КЕА набуває в організації фармацевтичного забезпечення хворих з діагнозом гострий коронарний синдром без елевачії ST (інфаркт міокарда (ІМ) без зубця Q). У сучасній фаховій періодиці збільшилась кількість публікацій, присвячених КЕА, проте згаданий вид аналізу саме для фармакоterapiї хворих на ІМ застосовується не так часто.

ВИДІЛЕННЯ НЕ ВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

За результатами дослідження літературних джерел щодо клініко-економічних досліджень, присвячених аналізу шляхів підвищення ефективності та раціоналізації фармацевтичного забезпечення хворих на ІМ, встановлено, що в Україні такі дослідження в повному обсязі не проводилися.

© О. І. Красуля, А. А. Котвицька, І. В. Кубарєва,
О. О. Суриков, 2011

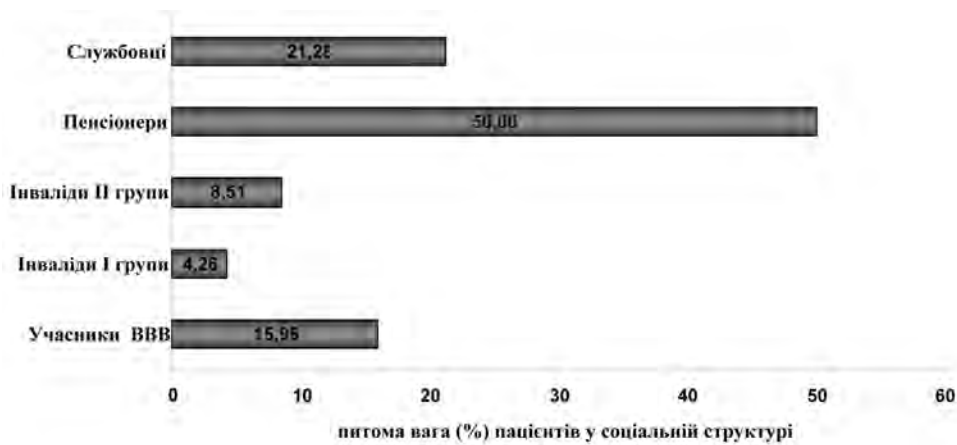


Рис. 1. Соціальна структура групи хворих на ІМ

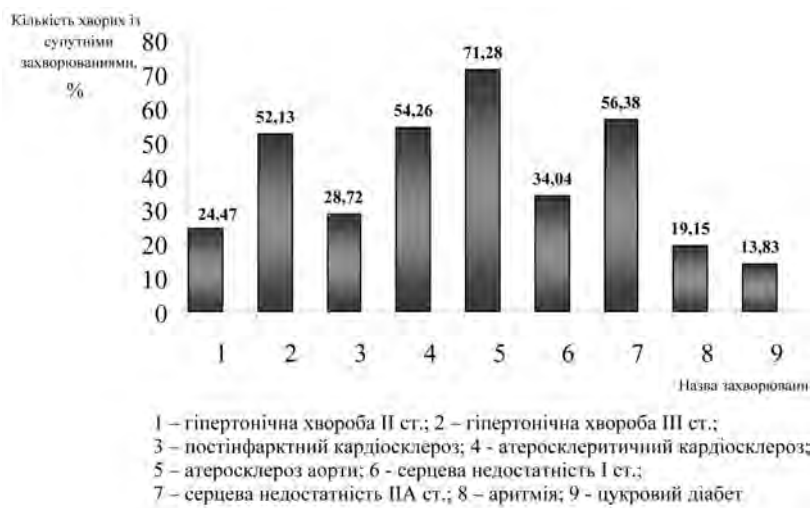


Рис. 2. Структурний аналіз клінічного діагнозу групи хворих на ІМ

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Мета цієї роботи — проведення клініко-економічного аналізу (частотний/ABC/VEN) стану фармацевтичного забезпечення кардіологічних хворих на ІМ для подальшого застосування результатів дослідження при розробці локальних формулярів і страхових переліків ЛЗ.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Методика КЕА передбачає спільне використання ретроспективних аналізів за даними історій хвороб: статистичного аналізу вибірки, аналізу частоти призначення ЛЗ, ранжування витрат на фармакотерапію (ABC-аналіз), ранжування призначення ЛЗ за ступенем їх важливості (VEN-аналіз) [1]. З метою проведення КЕА нами було сформовано вибірку 94 історій хвороб пацієнтів, що проходили лікування у кардіологічному відділенні лікувально-профілактичного закла-

ду (ЛПЗ) «Феофанія» (м. Київ) у 2006–2009 рр. з діагнозом гострий коронарний синдромом без елевації ST (ІМ без зубця Q).

Статистичний аналіз вибірки показав, що питома вага хворих чоловіків складає 64 % від загальної кількості пацієнтів. Відповідно частка хворих жінок складає 36 %. За віком хворі були розподілені таким чином: 40–50 років (3 хворих або 3,19 % від усієї сукупності пацієнтів), 51–60 років (19 хворих — 20,21%), 61–70 років (24 хворих — 25,53 %), 71–80 років (33 пацієнти — 35,11%), 81 рік і старше (15 хворих — 15,96 %). Як видно, захворюваність на ІМ без зубця Q зустрічається у різних вікових групах нерівномірно, а найбільша кількість таких пацієнтів віком від 51 до 80 років.

Результати дослідження щодо розподілу хворих за соціальними групами наведені на рис. 1

Стосовно розподілу хворих за соціальними групами, то за результатами дослідження

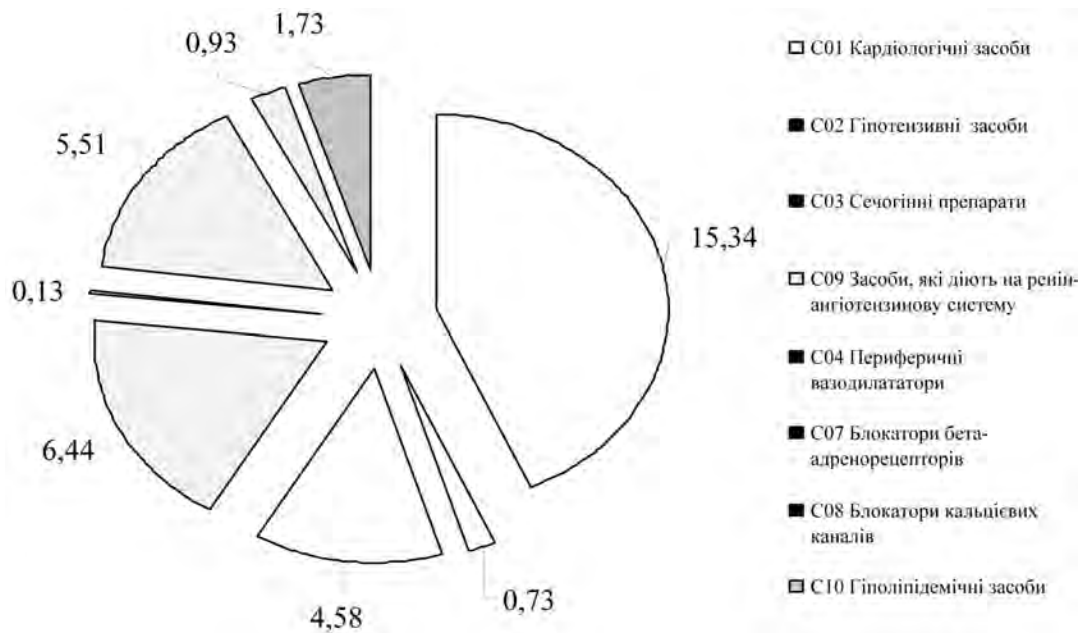


Рис. 3. Структурний аналіз лікарських призначень за групою препаратів серцево-судинної дії

встановлено, що найбільша кількість хворих спостерігається у групі пенсіонерів (50%), що свідчить про особливу актуальність проблеми доступності ЛЗ та їх раціонального використання.

Результати аналізу статистичних показників групи хворих за клінічним діагнозом, що досліджувались, наведені на рис. 2. Необхідно зазначити, що лідируючу позицію серед хворих на ІМ без зубця Q займає атеросклероз аорти (71,28 % від загальної кількості хворих) та серцева недостатність ІІА ступеня (56,38 %).

Як правило, середня тривалість перебування у ЛПЗ хворих на ІМ складає 27 ліжко-днів.

У результаті аналізу частот застосування ЛЗ за даними історій хвороб було встановлено, що загальна кількість лікарських призначень становить 1506. Для узагальнення одержаних статистичних даних щодо використання ЛЗ нами був розрахований середній показник призначень ЛЗ (\bar{X}) на курс лікування одного хворого ІМ без зубця Q за такою формулою:

$$\bar{X} = \frac{\sum x_n}{n}, \quad (1)$$

де x_n — середнє значення частоти призначень ЛЗ за всією сукупністю хворих;

n — кількість історій хвороб, що досліджувались [3]

Таким чином, розрахований \bar{X} на курс лікування одного хворого ІМ без зубця Q склав 16 призначень ЛЗ. Відповідно до діючої АТС класифікації був складений рейтинг фармакотерапевтичних груп за частотою призначення ЛЗ при лікуванні ІМ без зубця Q (табл.1) [6].

Таблиця 1

РЕЙТИНГ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУП ЗА ЧАСТОТОЮ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛЗ

Група за АТС	Кількість призначень ЛЗ	Питома вага (%)
A — Засоби, які впливають на травну систему і метаболізм	200	13,28
B — Засоби, які впливають на систему крові і гемопоєз	410	27,22
C — Засоби, які впливають на серцево-судинну систему	534	35,46
Препарати гормонів для системного застосування	3	0,20
J — Протимікробні засоби для системного застосування	4	0,27
M — Засоби, які впливають на опорно-руховий апарат	10	0,66
N — Засоби, які діють на нервову систему	236	15,67
R — Засоби, які діють на респіраторну систему	107	7,10
S — Засоби, які діють на органи чуття	1	0,07
V — Різні засоби	1	0,07
Разом	1506	100

Встановлено, що найбільша кількість призначень припадає на групу серцево-судинних ЛЗ. На рис. 3 наведені результати структурного аналізу призначень за вказаною групою препаратів. Враховуючи значну кількість у призначеннях антикоагулянтів та розчинів для дезінтоксикаційної терапії, друге місце за кількістю призначень

посідає група засобів, які впливають на систему крові і гемопоєз.

У результаті проведення частотного аналізу в розрізі торгових назв препаратів та їх INN встановлено, що лікарями було застосовано 169 торгових назв ЛЗ або 97 назв препаратів за INN. Далі було сформовано ТОП-10 ЛЗ за INN, які найчастіше призначались лікарями хворим на ІМ (табл. 2).

Таблиця 2

**ЛЗ, ЩО НАЙЧАСТІШЕ
ПРИЗНАЧАЛИСЯ ХВОРИМ НА ІМ**

№ з/п	Код АТС	Міжнародна непатентована назва	Частота призначення	
			од.	%
1	C01DA08	Ізосорбід динітрат	94	6,24
2	N05BA25	Феназепам	86	5,71
3	A12BA01	Калію хлорид	84	5,58
4	N02BA01	Ацетилсаліцилова кислота	83	5,51
5	R06AA02	Дифенгідрамін	75	4,98
6	N02B B02	Метамізол натрію	73	4,85
7	B05BA03	Декстро́за	70	4,65
8	A10AC03	Інсулін	69	4,58
9	A06A D04	Магнію сульфат	68	4,52
10	B05XA03	Натрію хлорид	39	2,59

Відповідно до частоти призначень ЛЗ за лікарськими формами (тверді, рідкі, м'які) нами встановлено, що лідируючу позицію за частотою призначень від загальної кількості займають рідкі лікарські форми (розчини), що складає 56,98 %. Така тенденція обумовлена специфікою організації та надання медичної допомоги хворим на ІМ без зубця Q.

Наступним етапом стало дослідження інтенсивності частоти призначень ЛЗ хворим на ІМ без зубця Q. З цією метою було розраховано коефіцієнт інтенсивності призначень ЛЗ (K_i), згідно з INN, за формулою:

$$K_i = \frac{N}{n}, \quad (2)$$

де N — кількість історій хвороб, за якими хворим призначали ЛЗ;

n — кількість історій хвороб, що досліджувались [2].

Вказаний показник був розрахований з метою дослідження інтенсивності частоти призначень ЛЗ хворим на ІМ без зубця Q. Далі за даними показника K_i були сформовані три групи (n): n_1 (ЛЗ, які призначались часто), n_2 (ЛЗ, які призначались із середньою частотою), n_3 (ЛЗ, які призначались рідко).

За результати ранжування ЛЗ за показником K_i до першої групи (n_1) (значення K_i від 1,00 до 0,67) увійшли 9 ЛЗ за INN, а саме: *ізосорбід динітрат* ($K_i = 1,00$), *феназепам* ($K_i = 0,91$), *калію хлорид* ($K_i = 0,89$), *ацетилсаліцилова кислота* ($K_i = 0,88$), *декстро́за* ($K_i = 0,81$), *діфенгідрамін* ($K_i = 0,80$), *метамізол натрію* ($K_i = 0,78$), *інсулін* ($K_i = 0,73$), *магнію сульфат* ($K_i = 0,72$). ЛЗ першої групи (n_1) склали 9,28 % від загальної сукупності препаратів за INN, що досліджувались.

До складу другої групи ЛЗ (n_2) увійшли 7 ЛЗ: *метопролол* ($K_i = 0,63$), *аскорбінова кислота* ($K_i = 0,52$), *триметазидин* ($K_i = 0,47$), *еналаприл* ($K_i = 0,55$), *натрію хлорид* ($K_i = 0,41$), *лізиноприл* ($K_i = 0,39$), *еноксипарин натрію* ($K_i = 0,38$). Третя група ЛЗ (n_3) налічувала 81 ЛЗ за INN.

У подальшому нами було визначено показники споживання ЛЗ, які певною мірою характеризують рівень фармацевтичного забезпечення хворих доступними ЛЗ. Під час розрахунків показників споживання ЛЗ нами використовувались середні роздрібні ціни, які обчислювались, виходячи з даних прайс-листів «Щотижневика Аптека», дайджест-журналу «Провізор» та результатів аналізу розміру середньої торгової націнки на різні групи препаратів (інтерв'ювання фахівців аптек м. Києва). Обробка результатів моніторингу ринку здійснювалася за допомогою спеціального програмного забезпечення (Microsoft Office Excel).

За даними історій хвороб нами був розрахований показник фактичного споживання ЛЗ на одного хворого, який складає 1111,88 грн. Встановлено, що із 10 ЛЗ за INN лідируючі позиції за споживанням займають такі препарати, як *еноксипарин натрію* (44,73 % від загальної суми споживання ЛЗ), *декстро́за* (7,29 %), *клопидогрел* (5,90 %), *інсулін* (3,98 %), *калію хлорид* (3,68), *надпропарин кальцію* (3,06 %), *актовегін* (2,89 %), *мілдронат* (2,94 %), *триметазидин* (2,63 %), *ізосорбід динітрат* (2,46 %).

Таким чином, було встановлено, що найвищі показники споживання — 51,31 % (53622,46 грн) — мають антикоагулянти, що необхідно використовувати у формуванні ефективної моделі фармацевтичного забезпечення хворих на ІМ без зубця Q в умовах стаціонару.

Результати АВС-аналізу споживання ЛЗ (фрагмент досліджень) наведені у табл. 3.

За результатами аналізу до складу групи А, які мали високі показники частоти призначень, увійшло 10 ЛЗ за INN (10,31% від загальної кількості призначень ЛЗ за INN), а саме: *калію хлорид*, *декстро́за*, *інсулін*, *еноксипарин натрію*, *триметазидин*, *ізосорбід динітрат*.

Група В була сформована з 20 препаратів за INN (20,62%), що належали до різних фармакотерапевтичних груп ЛЗ, а група С мала у складі 67 INN (65,56% від загальної кількості призначень). Таким чином, на більшість ЛЗ, що використовувались лікарями у фармакотерапії, припадало всього 5,0% від усіх витрат, що пов'язані із фармацевтичним забезпеченням хворих на ІМ.

Таблиця 3

**РЕЗУЛЬТАТИ АВС-АНАЛІЗУ
СПОЖИВАННЯ ЛЗ
(фрагмент дослідження)**

№	Міжнародна непатентована назва	Споживання		АВС
		грн	%	
1	Еноксипарин натрію	46745,76	44,73	А
2	Декстроза	7618,4	7,29	А
3	Клопідогрел	6168,29	5,90	А
4	Інсулін	4158,74	3,98	А
5	Калія хлорид	3847,8	3,68	А
	Разом	83149,42	79,56	
6	Гепарин	2168,95	2,08	В
7	Фондапаринукс	1399,55	1,34	В
8	Натрію хлорид	1390,3	1,33	В
9	Бісопролол	1053,72	1,01	В
10	Симвастатин	1010,56	0,97	В
	Разом	15937,99	15,25	
11	Ацетилсаліцилова кислота	307,58	0,29	С
12	Лозартан	299,17	0,29	С
13	Адеметіонін	294,6	0,28	С
14	Амброксол	284,49	0,27	С
15	Ніфедипін	249,93	0,24	С
	Разом	5429,12	5,19	
	Загальна	104516,53	100	С

Наступним етапом нашого дослідження було проведення VEN-аналізу. Під час його проведення використовувався формальний підхід у визначенні належності препаратів до відповідних груп на підставі таких законодавчо-нормативних актів:

- постанова КМУ № 333 від 25.03.2009 р. «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення», яка регулює фармацевтичне забезпечення населення [12];
- наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія», який регулює організацію медичної допомоги хворим на ІМ без зубця Q [10];
- наказ МОЗ України № 59 від 28.01.2010 р. «Про затвердження другого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності» [9].

Так, за наявності ЛЗ одночасно у Національному переліку основних лікарських засобів (ОЛЗ), Протоколах надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» та Державному формулярі препарат набував статусу V. Якщо ЛЗ був зазначений лише у Національному переліку ОЛЗ або Протоколах надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія», — препарат набував статусу E, а у разі відсутності у нормативно-правових документах — статус N. За результатами VEN-аналізу було встановлено, що у структурі лікарських призначень значна перевага належала препаратам категорії E (важливі), що складало 46,39% від усіх призначень ЛЗ.

Наступним етапом дослідження стало проведення зведеного АВС / VEN — аналізу призначення споживання ЛЗ, результати якого наведено в табл. 4.

Таблиця 4

**РЕЗУЛЬТАТИ ЗВЕДЕНОГО АВС / VEN –
АНАЛІЗІВ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ**

Група препаратів	V			
	Кількість препаратів		Споживання	
	INN ЛЗ	торгових назв ЛЗ	грн	%
А	2	5	6417,79	45,32
В	7	18	6422,51	45,35
С	12	21	1320,27	9,32
Разом:	21	44	14160,57	100
	E			
	5	11	67890,47	90,00
	7	16	5845,18	7,75
	19	26	1695,88	2,25
Разом:	31	53	75431,53	100
	N			
	3	8	8841,16	59,24
	6	17	3670,3	24,59
	36	47	2412,97	16,17
Разом:	45	72	14924,43	100

На підставі розрахунків у АВС/VEN — комплексного аналізу встановлено, що 13,55% від загального споживання ЛЗ припадає на групи препаратів із статусом V, 72,17% — із статусом E та 14,28% коштів було витрачено на ЛЗ із групи другорядних препаратів (статус N). Препарати із статусом A/V мали лише 6,14% у загальному споживанні ЛЗ, A/E — 64,96%, а A/N — 8,46%. У групі B відповідні показники склали: B/V — 6,14%, B/E — 5,59%, B/N — 3,51%. За групою найменш затратних ЛЗ розраховані показники питомої ваги (%) споживання за групами становили: C/V — 1,26%, C/E — 1,62%, C/N — 2,31%.

Таким чином, було встановлено, що найбільшу частину витрат у фармацевтичному забезпеченні хворих на ІМ складають найбільш витратні (група А) та важливі (група Е) ЛЗ. Тобто можна стверджувати, що активне впровадження механізмів раціонального використання ЛЗ повинно ґрунтуватися на результатах фармакоекономічного аналізу споживання ЛЗ, а саме даних КЕА, що дозволить поліпшити стан фармацевтичного забезпечення хворих на ІМ. У подальшому результати КЕА призначень ЛЗ та розраховані показники їх фактичного споживання будуть використані під час розробки локальних формулярів та страхових переліків ЛЗ як важливих економічних регуляторів відносин між ЛПЗ та страхувальниками в моделі обов'язкового медичного страхування.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

За результатами частотного аналізу доведено, що найбільшу частоту призначень мають засоби, які впливають на серцево-судинну систему (534 призначень ЛЗ або 35,46 % від усіх призначень за групою хворих), та засоби, які впливають на систему крові і гемопоез (410 призначень ЛЗ — 27,22 %).

Проведення частотного аналізу за торговими назвами препаратів та їх міжнародних непатентованих назв (INN) дозволяє встановити, що лікарями було застосовано 169 торгових назв ЛЗ або 97 назв препаратів за INN. При цьому найчастіше призначались такі препарати за INN, як *ацетилсаліцилова кислота, розчин калію хлориду, розчин магнію сульфату, розчин натрію хлориду, декстроза, ізосорбіт динітрат, феназепам, еналаприл*.

Аналіз частоти призначень ЛЗ за лікарськими формами (тверді, рідкі, м'які) показав, що лідируючу позицію за частотою призначень від загальної кількості призначень займали рідкі лікарські форми (розчини) — 56,98 %, що обумовлено специфікою організації та надання медичної допомоги хворим на ІМ без зубця Q.

У результаті розрахунків споживання ЛЗ встановлено, що найвищі показники споживання (53622,46 грн або 51,31 % від загальної суми споживання ЛЗ) мають ЛЗ антикоагулянтної дії.

За даними VEN-аналізу доведено, що 72,17 % використаних ЛЗ за INN мають статус необхідних (група Е), 13,55 % — життєво важливих (група V), 14,28 % — група N.

Розраховані показники споживання ЛЗ у АВС, VEN-комплексному аналізі дозволяють стверджувати, що найбільша частка витрат (64,96%) у фармацевтичному забезпеченні хво-

рих на ІМ складається із препаратів, які мають статус А/Е, тобто найвитратніші та необхідні.

Проведено КЕА призначень ЛЗ та розраховані показники їх фактичного споживання з метою формування локальних формулярів та страхових переліків ЛЗ.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Воробьев П. А. Клинико-экономический анализ в медицинской организации. Практическое руководство для лиц, принимающих решения / П. А. Воробьев // Рациональная фармакотерапия. — 2008. — № 1 (10). — С. 5–14.
2. Гудзенко О. П. Фармакоекономічні стандарти лікарського забезпечення пільгової категорії населення промислових регіонів — хворим цукровим і нецукровим діабетом : метод. рек. / О. П. Гудзенко, В. М. Толочко. — Х.: Вид-во НФаУ, 2003. — 24 с.
3. Елисеєва И. И. Общая теория статистики / И.И. Елисеєва, М. М. Юзбашев. — М.: Финансы и статистика, 2001. — 480 с.
4. Заліська О. М. Використання фармакоекономічної оцінки при створенні формуляра на прикладі пероральних гіпоглікемічних засобів / О. М. Заліська, А. Я. Величко // Клінічна фармація. — 2002. — Т. 6, № 2. — С. 16–21.
5. Клинико-экономические матрицы планов ведения больных как основа расчета затрат на обеспечение медицинской помощи / Р. А. Хальфин, Е. П. Какорина, П. А. Воробьев и др. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2004. — № 9. — С. 3–11.
6. Компендиум 2005 — лекарственные препараты / под. ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова. — К.: Морион, 2005. — С. 1920.
7. Лазоришинець В. В. До питань захворюваності населення на хвороби системи кровообігу та організації медичної допомоги / В. В. Лазоришинець // Вісник соціальної гігієни та організації здоров'я. — 2009. — № 4 — С. 9–14.
8. Мнушко З. М. Методичні рекомендації з обґрунтування переліку ноотропних лікарських засобів для внесення до формулярного списку на рівні лікувального закладу / З. М. Мнушко, Є. О. Проценко. — Х.: СПДФЛ «Білоусова», 2007. — 25 с.
9. Наказ МОЗ від 17.03.2009 р. № 173 «Про затвердження Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності». — Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua>. — Назва з екрану.

10. Наказ МОЗ України №436 від 03.07.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». — Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=6401> — Назва з екрану.
11. Немченко А. С. Клініко-економічний аналіз фармацевтичного забезпечення хворих на рак молочної залози / А. С. Немченко, М. В. Подгайна // Вісник фармації. — 2009. — №1(59). — С. 50–53.
12. Постанова КМУ від 25.03.2009 р. № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на ЛЗ і ВМП виробу медичного призначення». — Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1164.331.0> — Назва з екрану.

УДК 338.5: 336.2. 027:368.06

О. И. Красуля, А. А. Котвицкая, И. В. Кубарева, А. А. Суриков

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

В статье представлены результаты комплексного клиничко-экономического анализа фармакотерапии больных инфарктом миокарда. Анализ был проведен с целью разработки локального формуляра и страхового перечня лекарственных средств (ЛС). Было проанализировано 94 истории болезней пациентов, проходивших лечение в кардиологическом отделении лечебно-профилактического учреждения «Феофания» г. Киев. Экспериментально доказано, что ЛС антикоагулянтного действия являются важнейшей группой препаратов в организации оказания медицинской и фармацевтической помощи больным инфарктом миокарда в условиях стационара. По результатам исследования установлено, что врачи чаще всего используют ЛС из группы E (важные).

Ключевые слова: фармацевтическое обеспечение; инфаркт миокарда; клиничко-экономический анализ

UDC 338.5: 336.2. 027:368.06

O. I. Krasulya, A. A. Kotvitska, I. V. Kubareva, O. O. Surikov

CLINICAL-ECONOMICAL ANALYSIS OF THE STATE OF PHARMACEUTICAL PROVIDING PATIENTS HEART ATTACK

Results of complex clinico-economic analysis of pharmacotherapy of patients with the heart attack are presented in the article. The marked analysis with the aim of creation of local formular and insurance list of medicines has been conducted. 94 histories of illnesses of patients which have been treated in the cardiologic department of «Feofaniya» hospital in Kyiv have been analysed. It is experimentally improved that medicines of anticoagulating action is the most important group of medicines in organization of medical and pharmaceutical help of patients with the heart attack in the conditions of hospital for in-patient. It has been determinated, that doctors mostly use medicines from a group E (important).

Key words: pharmaceutical providing; heart attack; clinical-economical analysis

Адреса для листування:
61168, м. Харків, вул. Блюхера, 4,
тел. (0572) 67-91-78.
e-mail: socpharm@ukr.net

Надійшла до редакції:
11.04.2011