

РЕЗУЛЬТАТИ АВС/ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ ВИРАЗКОВИМ КОЛІТОМ

О.В. Ткачова, К.О. Паршутіна

Кафедра фармакоелекономіки

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) є доволі поширеним захворюванням. Частота НВК в середньому складає 1 випадок на 1000 жителів. Різні чинники сприяють розвитку та клінічним проявам цього захворювання, а етіологія захворювання є мультифакторною і недостатньо вивченою. Для оцінки якості фармакотерапії пацієнтів з НВК проведений ретроспективний клініко-економічний аналіз (КЕА), що дозволив виявити лікарські засоби, на які були витрачені основні кошти пацієнтів, та проаналізувати раціональність лікарських призначень відповідно до клінічного протоколу надання медичної допомоги (КПНМД) хворим з НВК (2005 р.). КЕА проведено за даними історій хвороб пацієнтів з НВК, які проходили лікування у гастроентерологічному відділенні Обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська протягом січня-червня 2015 р. Встановлено, що медикаментозне лікування за призначеними фармакотерапевтичними групами та МНН препаратів серед лідерів за витратами та за частотою призначень відповідало основним напрямкам лікування, зазначеним в КПНМД хворим з НВК, що підтверджують раціональність лікарських призначень та витрачених коштів на лікування.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, фармакотерапія, клініко-економічний аналіз.

Постановка проблеми. Неспецифічний виразковий коліт (НВК) – це хронічне рецидивуюче захворювання кишечника аутоімунної природи, що характеризується дифузним запаленням слизової оболонки товстого відділу кишечника (прямої та ободової кишок) [9]. Етіологія НВК до кінця не з'ясо-

вана. Найбільш визнана в даний час теорія походження НВК вказує на провідну роль кишкових антигенів, вплив яких супроводжується зміною імунної реактивності і розвитком аутоімунного запалення кишечника. Передбачається, що на реактивність організму впливають також поки ще мало вивчені генетичні чинники. Факторами ризику є генетичні особливості організму, спадкова схильність, сенсibiliзація різними видами антигенів, психічні травми, а безпосереднім поштовхом до розвитку захворювання може служити стрес або інфекційна патологія (скарлатина, вітряна віспа, ГРВІ, дизентерія, сальмонельоз та ін.) [4, 9].

НВК – це хронічне захворювання, яке перебігає з періодами загострення і ремісії, триває протягом життя і значно впливає на соціально-психологічний стан людини [14]. НВК може розвинути в будь-якому віці. Перший пік захворюваності припадає на 15-25 років, а другий – на 55-65 років [8]. Серед факторів, що сприяють розвитку НВК, слід в першу чергу назвати спадкову схильність та інфекційне запалення [11]. Небезпека НВК полягає в розвитку ускладнень, серед яких найбільш небезпечним і досить частим є колоректальний рак.

Лікування НВК спрямоване на поліпшення якості життя пацієнтів, а в подальшому – на підтримку ремісії захворювання. Обрана фармакотерапія залежить від клінічної тяжкості, ступеня захворювання і загального стану пацієнта і включає, як правило, призначення аміносаліцилатів, кровозамінників та білкових фракцій плазми крові, антидіарейних препаратів, в середній і важкій стадіях – кортикостероїдів [2, 8, 13, 16]. При важкій стадії НВК, що спостерігається майже у 30 % хворих, консервативне лікування є малоефективним, тому як невідкладний захід застосовують хірургічне втручання [14].

Захворюваність на НВК щорічно зростає в усьому світі. Частота НВК в середньому складає 1 випадок на 1000 чоловік [11, 16]. За проведеним 11-річним епідеміологічним дослідженням Т. Й. Бойко в Україні на НВК переважно хворіють особи молодого працездатного віку. На підвищення захворюваності впливає урбанізація [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Згідно з останніми закордонними публікаціями відзначається тенденція до зростання числа тяжких, резистентних до лікування форм хронічних запальних захворювань кишечника, ускладнень і оперативних втручань, що призводять до інвалідизації пацієнтів молодого, працездатного віку [10, 11, 14, 15]. До сучасних методів лікування тяжких форм НВК, що не відповідають на традиційну терапію (включаючи кортикостероїди та/або імуносупресори), можна віднести застосування моноклональних антитіл людини, пептидна послідовність якого ідентична IgG1 людини. До них відноситься рекомбінантний імуноглобулін людини з діючим компонентом – адаліумаб, що представлений в Україні біопрепаратом Хуміра, Німеччина/AbbVie Biotechnology. Адаліумаб специфічно зв'язується з фактором некрозу пухлин (TNF- α) та нейтралізує його біологічні функції за рахунок блокади взаємодії з поверхневими клітинними p55 і p75 рецепторами до TNF- α . Адаліумаб також модулює біологічні реакції відповіді, що індукуються або регулюються TNF- α , включаючи зміни рівнів молекул адгезії, відповідальних за міграцію лейкоцитів [13].

Також до останніх досліджень щодо ефективності різних методів лікування НВК можна віднести активне застосування в усьому світі фітотерапії, перевагами якої перед хіміо- та рекомбінантною терапією є високий комплайнс, відносна безпека і низька вартість. Але докази ефективності фітотерапії є неповними, потребують подальших досліджень у контрольованих клінічних випробуваннях [9, 10, 15].

Ріст захворюваності на НВК обумовлює значні економічні витрати, пов'язані з доглядом, лікуванням та реабілітацією пацієнтів. Проведений аналіз останніх досліджень і публікацій показав, що за останні 5 років в доступній нам літературі не висвітлено результатів клініко-економічного аналізу фармакотерапії НВК. Вищенаведене свідчить про необхідність опрацювання цього питання з метою аналізу відповідності призначуваних ЛЗ клінічному протоколу лікування НВК, який регламентує якість фармакотерапії [2, 5].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Основні проблеми, що пов'язані з НВК – це несвоєчасне звернення пацієнтів за медичною допомогою, що часто призводить до ускладнень захворювання, негативно впливає на якість життя пацієнтів і збільшує витрати на лікування [7, 12]. Враховуючи вищенаведене, а також відсутність в періодичних виданнях України результатів оцінки раціональності витрат на фармакотерапію НВК, актуальним на сьогоднішній день є проведення клініко-економічної оцінки лікування НВК і обґрунтування доцільності вибору відповідних препаратів з метою оптимізації витрат на лікування в конкретному ЗОЗ України.

Формулювання цілей статті. Мета даної роботи – визначити лідерів ЛЗ за частотою лікарських призначень, та за допомогою АВС-аналізу проаналізувати структуру витрат на найбільш часто призначувані препарати пацієнтам з НВК в обласній клінічній лікарні (ОКЛ) м. Івано-Франківська.

Виклад основного матеріалу дослідження. Для досягнення поставленої мети дослідження проаналізовано 32 історії хвороб пацієнтів з НВК, які проходили лікування у гастроентерологічному відділенні ОКЛ м. Івано-Франківська протягом січня-червня 2015 р. Аналіз лікарських призначень пацієнтам із зазначеною патологією проводили за допомогою допоміжних методів фармакоекономічного аналізу – АВС та частотного аналізів. Для проведення АВС-аналізу в лікарні враховували: торгову назву конкретного лікарського засобу (ЛЗ), виписаного хворому, дозу та тривалість лікування. Для проведення частотного аналізу враховували частоту призначення кожного препарату [4]. Для розрахунків вартості на курс лікування кожним ЛЗ, були використані середні роздрібні ціни, визначені у досліджуваній період в аптечній мережі України.

За даними ретроспективного аналізу історій хвороб встановлено, що вік хворих, які проходили лікування НВК в обласній лікарні м. Івано-Франківськ варіював від 18 до 79 років. Серед хворих більшість склали чоловіки – 19, решта жінки – 13. Середня кількість днів перебування у лікарні на 1 хворого склала 13. У всіх хворих разом з основним діагнозом були вста-

новлені супутні захворювання: хронічний гастродуоденіт (41% хворих), хронічний панкреатит (31% хворих), хронічний холецистит (19% хворих), залізодефіцитна анемія (9% хворих), дисбактеріоз (8%) та інші. У 9% хворих було виявлено ускладнення, що характеризується подовженням сигмовидної кишки – доліхосигма кишечника [3].

Проведений аналіз листів призначень фармакотерапії пацієнтів з НВК показав, що їм було призначено 59 торгових найменувань (ТН) ЛЗ. Співвідношення імпорتنих до вітчизняних препаратів склало 5:1. Всі ЛЗ були віднесені до 44 МНН і до 27 фармакотерапевтичних груп. Для лікування основного захворювання використовували 22 ТН ЛЗ, що віднесені до 6 фармакотерапевтичних груп. Для лікування супутніх захворювань пацієнтам було призначено 35 ТН ЛЗ з 21 фармакотерапевтичної групи. Протягом досліджуваного періоду всім пацієнтам з НВК зроблено 184 призначення ЛЗ, що становить в середньому 6 ЛЗ на 1 хворого і узгоджується з діючим на час дослідження клінічним протоколом лікування НВК (наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271) [2].

Саме частотний аналіз демонструє, яким ЛЗ віддають перевагу лікарі. До 10 лідерів призначень за ТН увійшли наступні ЛЗ (табл.1): антигеморагічні засоби (Амінокапронова кислота – 16 призначень, Дицинон – 14), НПЗЗ (Салофальк, табл. – 14, Салофальк, супоз. – 10), ферментні препарати (Креон – 9), пробіотики (Ентерожерміна – 9), засоби для парентерального харчування (Інфезол – 7), плазмозамінні засоби (Альбумін – 6), гепатопротекторні засоби (Глутаргін – 6), глюкокортикостероїди (Дексаметазон – 5). Більшість зазначених ТН ЛЗ (Салофальк, Інфезол, Альбумін, Ентерожерміна, Амінокапронова кислота, Дицинон, Дексаметазон) використовувались у схемах терапії НВК відповідно до вимог клінічного протоколу [2], а інші засоби – для лікування супутніх захворювань, що свідчить про важкий стан хворих.

Проведений частотний аналіз за МНН показав (табл. 1), що лікарі частіше призначали препарати месалазіну (24 призначення), амінокапронової кислоти (16) та етамзілату (14). Дані препарати одночасно впливають на де-

кілька ланок патогенезу НВК. На четвертому та п'ятому місцях за результатами частотного аналізу знаходяться ферментний препарат – Креон та антидиарейний Ентерожерміна (по 9 призначень). Вісім із десяти лідерів за МНН (окрім ферментного препарату Креон та інгібітору протонної форми пантопразолу) призначали для фармакотерапії НВК згідно з клінічним протоколом [1]. Отже, отримані результати підтверджують раціональність призначень фармакотерапії в обласній лікарні м. Івано-Франківська.

Таблиця 1

Лідери серед МНН за частотою призначень при лікуванні НВК

№ з/п	АТС код	МНН лікарського засобу	ТН ЛЗ, лікарська форма	Кількість призначень / % від загальної кількості
1	A07E C02	Mesalazine	Салофальк (гранули та супозиторії); Пентаса (гранули)	28 / 13%
2	B02A A01	Aminocaproic acid	Амінокапронова кислота, порошок для орального застосування	16 / 9%
3	B02B X01	Etamsylate	Дицинон, таблетки	14 / 8%
4	A09A 02	Multienzymes (lipase,proteaseetc.)	Креон, 10 тис., капсули	9 / 5%
5	A07F A10	Enterogermina	Ентерожерміна, капсули	9 / 5%
6	A02B C02	Pantoprazole	Нольпаза, таблетки, Контролок, таблетки	7 / 4%
7	B05A A01	Albumin	Альбумін, розчин для інфузій	6 / 3%
8	B05B A10	Infesol	Інфезол, розчин для інфузій	6 / 3%
9	A05B A01	Arginine lutamate	Глутаргін, конц. д/п інфузійного розчину	6 / 3%
10	H02A B02	Dexamethasone	Дексаметазон, розчин для інфузій	5 / 3%

Проведений АВС-аналіз дозволив виявити більш витратні ТН, МНН ЛЗ та фармакотерапевтичні групи, на які були витрачені значні кошти.

За отриманими розрахунками до групи А належали 10 МНН, що входили до 7 фармакотерапевтичних (ФТ) груп. Загальна сума витрат на групу А становила 65452,13 грн. (79,8%). До групи В віднесено 13 ФТ груп, до яких належали 15 МНН, сума витрат на які становила 12461,92 грн. (15,2%). До групи С належали 21 МНН, що входили до 20 ФТ груп, сума витрат на які становила 4130,87 грн. (5%) (рис. 1).

В групу А увійшли ЛЗ з ціною за упаковку від 22,74 грн (Амінокапронова кислота, НІКА (Україна)) до 2797, 63 грн (Пентаса, Ferring (Швейцарія)) та частотою призначень від 2 разів (Дуфалак, Abbott (Нідерланди)) до 24 разів (Салофальк, Др. Фальк Фарма ГмбХ (Німеччина)). Отже, найбільш витратну групу А склали як часто призначувані недорогі ЛЗ, так і високовартісні ЛЗ.

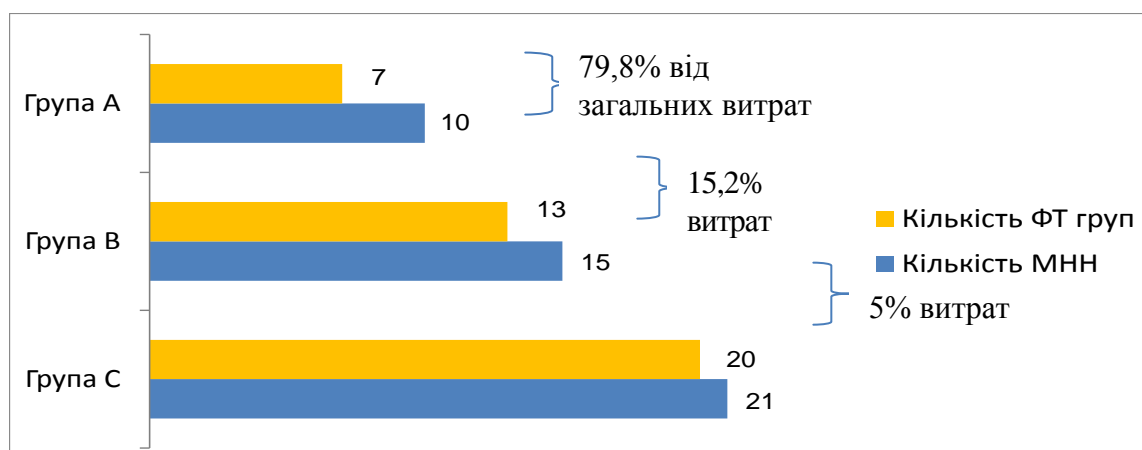


Рис. 1. Підсумкові дані АВС-аналізу за ФТ групами та МНН, що застосовували для лікування НВК

Отримані результати показали, що до 10 топ-лідерів за витратами з групи А в основному (9 ТН ЛЗ) відносяться ЛЗ, що використовують для фармакотерапії НВК. Лише ферментний препарат Креон використовували для терапії супутніх захворювань. Розподіл витрат (у відсотках від суми 10-топ лідерів) на ЛЗ у групі А за ТН представлено на рис. 2.

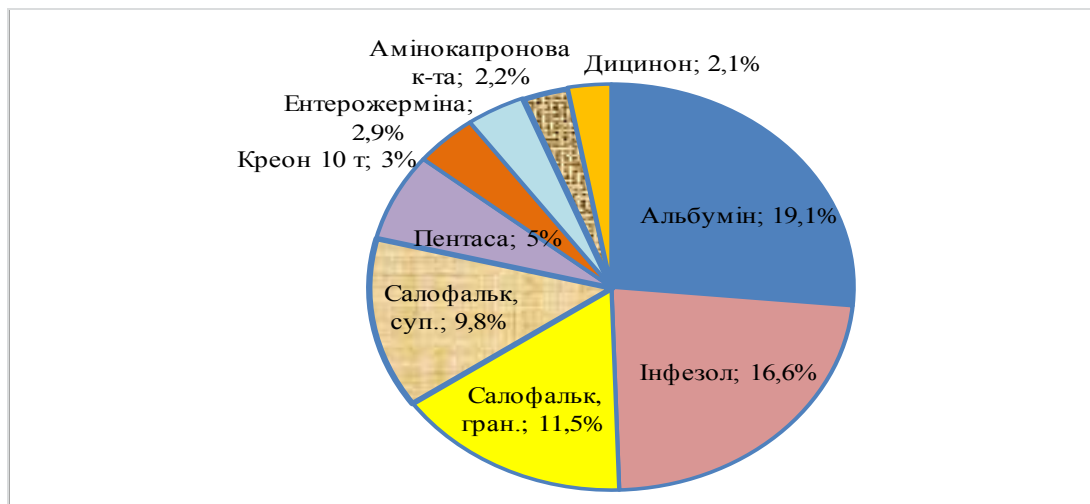


Рис. 2. Відсоток від витрат на 10-топ лідерів в групі А за ТН ЛЗ

Згідно з результатами зіставлення АВС/частотного аналізу, майже всі 10 лідерів за витратами з групи А (окрім МНН «Various hepatotropic drugs», представленого ТН Ессенціале форте Н) відносяться до лідерів за призначеннями (табл. 2). Більшість МНН ЛЗ з групи А (окрім 8, 9, та 10 МНН) лікарі призначали відповідно до діючого на час дослідження КПНМД хворим на НВК, що був затверджений у 2005 р. [2]. Отже, медикаментозне лікування хворих на НВК за призначеними фармакотерапевтичними групами та МНН препаратів серед лідерів за витратами та за частотою призначень відповідало основним напрямкам лікування, зазначеним в КПНМД хворим з НВК.

Проведена фармакотерапія свідчила про раціональне призначення ліків пацієнтам з НВК, перебіг захворювання у яких супроводжувався діареєю, запаленням, спазматичними болями в животі, кровотечею з прямої кишки, зниженням маси тіла, лихоманкою та слабкістю. Проведена фармакотерапія узгоджувалася з діючими на час дослідження принципами лікування НВК: протизапальні засоби (Салофальк у вигляді гранул та ректальних супозиторіїв), антидиарейні засоби (Ентерожерміна), кровоспинні засоби (Дицинон), при анемії – препарати крові (Альбумін) та розчини для парентерального харчування (Інфезол), а при тяжкому перебігу захворювання – кортикостероїди (Дексаметазон).

Таблиця 2

Зіставлення результатів АВС (група А) та частотного аналізів ЛЗ,
призначених для лікування НВК в лікарні м. Івано-Франківськ

№ з/п	АТС код	МНН ЛЗ	Вартість на курс лікування хворих, грн	% витрат від загальної кількості ЛЗ	Частота призначень	Ранг АВС
1	A07E C02	Mesalazine	25520,52	26,23%	28	A
2	B05A A01	Albumin	15660,0	19,09%	6	A
3	B05B A10	Infesol	13626,0	16,61%	6	A
4	A09A A02	Multienzymes (lipase, protease etc.)	2495,6	3,04%	9	A
5	A07F A10	Enterogermina	2343,6	2,86%	9	A
6	B02A A01	Aminocaproic acid	1819,2	2,22%	16	A
7	B02B X01	Etamsylate	1713,6	2,09%	14	A
8	A05B A01	Arginine glutamate	1560,0	1,90%	6	A
9	A05BA50	Various hepatotropic drugs	1550,4	1,89%	2	A
10	A02B C02	Pantoprazole	1074,6	1,31%	7	A

В розвинутих країнах світу протягом 2009-2012 рр. були запроваджені нові клінічні настанови з лікування НВК, що ґрунтуються на принципах доказової медицини, згідно з якими в Україні у 2016 р. затверджений новий уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона та НВК)» [5]. Для фармакотерапії НВК в УКПМД (2016 р.) включені інгібітори протонної помпи, комбіновані нестероїдні протизапальні засоби, але виключені інгібітори фібринолізу і антидіарейні засоби. При важкій формі НВК, окрім кортикостероїдів, рекомендовано застосування імуносупресорів (метотрексат, циклоспорин) та моноклональних антитіл людини (адаліумаб, інфліксимаб).

На сьогодні вважається, що НВК – це невиліковне захворювання, але своєчасно проведений курс лікування за допомогою хіміотерапії та застосу-

вання підтримуючої фітотерапії (в'язучих, кровоспинних, заспокійливих фітозасобів), спрямованих на пригнічення патологічної запальної реакції та загоєння уражень травного тракту сприяють зникненню симптомів, дозволяючи пацієнту досягнути довготривалої ремісії [9, 10].

Таким чином, отримані результати дослідження показали, що більшу частину лікарських призначень з групи найбільш витратних препаратів склали лікарські засоби для фармакотерапії НВК згідно з діючим на час дослідження клінічним протоколом (2005 р.), що з клінічної точки зору підтверджує раціональність більшості лікарських призначень.

Висновки:

1. Згідно з результатами клініко-економічного аналізу, фармакотерапія НВК в обласній лікарні м. Івано-Франківська в цілому відповідала клінічному протоколу надання медичної допомоги хворим (2005 р.), що був дійсний на час дослідження, але на даний час замінений новим уніфікованим клінічним протоколом (2016 р.).
2. Результати зіставлення частотного/АВС аналізу призначень ЛЗ хворим на НВК свідчили про раціональне призначення ліків пацієнтам, що узгоджувалися з принципами лікування НВК на час дії старого клінічного протоколу за 2005 р.: 5-аміносалицилати, препарати крові (при кровотечі, анемії), антидіарейні засоби, розчини для парентерального харчування, а при тяжкому перебігу – кортикостероїди.
3. Порівняння попереднього протоколу з новим уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона та НВК)» показало, що до нього включені сучасні фармакотерапевтичні групи препаратів (імуносупресори, моноклональні антитіла людини) і виключені препарати інгібіторів фібринолізу та антидіарейні засоби, що були лідерами призначень у хворих з НВК в нашому дослідженні.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на постійний моніторинг результатів клініко-економічного аналізу за даними нових історій

хвороб пацієнтів з НВК, з метою оцінки раціональності фармакотерапії та витрат на неї згідно з діючими нормативними медичними документами: Державним формуляром лікарських засобів (8 випуск, 2016 р.) і уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона та НВК)» (2016 р.).

Перелік використаних джерел інформації:

1. Бойко Т. Й. Епідеміологічні особливості запальних захворювань кишечника за даними ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ» / Т. Й. Бойко // Гастроентерологія. – 2013. – № 1 (47). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/35997>
2. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на неспецифічний виразковий коліт (Наказ МОЗ України від № 271 від 13.06.2005 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.dec.gov.ua>
3. Лечение сопутствующих тревожных расстройств у больных с заболеваниями толстой кишки / Т. В. Решетова, Т. Н. Жигалова, А. В. Герасимова, В. А. Петренко // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2013. – № 3-4. – С. 25-29.
4. Оцінка клінічної та економічної доцільності використання лікарських засобів в ЗОЗ (супровід формулярної системи): метод. рекомендації / О.М. Морозов, Л.В. Яковлева, Н.В. Бездітко та ін. – Х.: Стиль-Іздат, 2013. – 36 с.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)». – 2016. – 57 с. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.dec.gov.ua>
6. A review of Qingchang Shuan for treatment of ulcerative colitis / Y. C. Dai, Z. P. Tang, G. T. Ma et al. // J. Tradit Chin. Med. – 2010. – Vol. 30. – P. 237.

7. Bannaga A. S. Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced / A. S. Bannaga, C. P. Selinger // *Clin Exp Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 8. – P. 111–117. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376063/>
8. Danese S. Ulcerative Colitis / S. Danese, C. Fiocchi // *N. Engl. J. Med.* – 2011. – Vol. 365. – P. 1713–1725.
9. Effect of an extract based on the medicinal mushroom *Agaricus blazei* Murill on expression of cytokines and calprotectin in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease / D. T. Førland, E. Johnson, L. Saetre et al. // *Scand. J. Immunol.* – 2011. – Vol. 73. – P. 66–75.
10. Efficacy and safety of Fufangkushen colon-coated capsule in the treatment of ulcerative colitis compared with mesalazine: A double-blinded and randomized study / Y. Gong, Q. Zha, L. Li et al. // *J. Ethnopharmacol.* – 2012. – Vol. 141. – № 2. – P. 592–598.
11. Feuerstein J. D. Ulcerative Colitis : Epidemiology, Diagnosis, and Management / J. D. Feuerstein, A.S. Cheifetz // *Mayo Clinic Proceedings.* – 2014. – Vol. 89. – № 11. – P. 1553–1563.
12. Gikas A. The role of primary care physicians in early diagnosis and treatment of chronic gastrointestinal diseases / A. Gikas, J. K Triantafillidis // *Int. J. Gen. Med.* – 2014. – Vol. 7. – P. 159–173. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3958525/>
13. Management of difficult-to-treat patients with ulcerative colitis: focus on adalimumab / A. Armuzzi, D. Pugliese, O. M. Nardone, L. Guidi // *Drug Des Devel Ther.* – 2013. – Vol. 7. – P. 289–296. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623546/>
14. Nandivada P. Advances in the surgical management of inflammatory bowel disease / P. Nandivada, V. Poylin, D. Nagle // *Curr. Opin Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 28 (1). – P. 47–51.
15. Observation on therapeutic effect of herb-partitioned spread moxibustion for treatment of chronic nonspecific ulcerative colitis / Y. L. Xu, Y. H. Du, X. M.

Xu, T. Y. He // Zhongguo Zhen Jiu. – 2010. – Vol. 30. – P. 289–291.

16. O'Connor M. B. Ulcerative colitis – epidemiology, pathogenesis and complications / M. B. O'Connor. – InTech, Croatia, 2011. – 280 p.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ АНТИДЕПРЕСАНТІВ У ФОРМУЛЯРНИХ ПЕРЕЛІКАХ ВЕЛИКОЇ БРИТАНІЇ ТА УКРАЇНИ

О.С. Яковлева

Кафедра клінічної фармації, фармакотерапії та УЕФ ФПО

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

yakovleva.os@zsmu.zp.ua

Наведено результати порівняльного аналізу асортименту антидепресантів у формулярних переліках Британії та України. Проаналізовано сукупність 27 лікарських засобів за міжнародними непатентованими назвами з Державного формуляру лікарських засобів України (2016 р.), Британського національного формуляру (2016 р.) та Британського дитячого формуляру (2016 р.). Встановлено, що в Україні відсутні препарати з підгрупи «Інгібітори моноамінооксидази» та з підгрупи «Неселективні інгібітори зворотного захвату моноамінов» – триміпрамін, нортриптилін, досулепін та комбінований препарат, до складу якого входять амітриптилін і перфеназін. Одночасно в Україні застосовують венлафаксин та тіанептин, що належать до підгрупи «Інші антидепресанти», які не включено до британських формулярів. Встановлено також, що до Британського дитячого формуляру включені лише окремі препарати з підгруп «Неселективні інгібітори зворотного захоплення моноамінов» і «Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну» та відсутні препарати з підгруп «Інгібітори моноамінооксидази» і «Інші антидепресанти».

Ключові слова: депресія, антидепресанти, формулярні переліки.