

До групи С кількість ТН яких складає 31, серед 58 досліджуваних, 21 ТН увійшло до Державного формуляру України і є жеттевонеобхідними, серед них такі пероральні цукрознижувальні ЛЗ: «Амарил М», «Амарил 3 мг», «Діаформін», «Сіофор», «Глюкофаж», «Діаглізид», «Дапірид».

Таблиця 2

**Формальний VEN-аналіз у % лікарських засобів, що призначались хворим на ЦД 2 – типу в ендокринологічному відділенні Університетської клініки ХНМУ**

	V (% / кількість ТН)	N (% / кількість ТН)	Всього ТН у групі
<b>A</b>	63,6 % / 7 ТН	36,3 % / 4 ТН	11 ТН
<b>B</b>	35,25 % / 5 ТН	68,75 % / 11 ТН	16 ТН
<b>C</b>	67,74 % / 21 ТН	32,26 % / 10 ТН	31 ТН
<b>Всього ТН</b>	<b>56,9% / 33 ТН</b>	<b>43,1 % / 25 ТН</b>	<b>58 ТН</b>

До Державного формуляру України не входять комбіновані лікарські засоби. Комбінації ПЦЛЗ, які призначаються лікарями, але не входять до чинного формуляру є «Глюкованс» та «Глібофор», що є комбінаціями МНН метформіну та глібенкламиду.

**Висновки.** ЦД 2 типу - це хронічне захворювання, яке супроводжується важкими ускладненнями. На стаціонарне лікування потрапляють саме пацієнти з важкими формами ЦД та супутніми патологіями нервової та серцево-судинної системи, що є ускладненнями ЦД та на які припадає найбільший відсоток затрат на фармакотерапію.

За даними ABC/VEN – аналізу лікарських призначень в Університетській клініці ХНМУ, можна зробити такий висновок, що до життєвонеобхідних ЛЗ віднесли 33 ТН із 58 призначених ЛЗ. Кількість ТН, які віднесли до групи N склала 25. Більшість цукрознижувальних ЛЗ увійшли до Державного формуляру і були середньозатратними для клініки. Найчастіше призначуваний і найбільш затратний для медичної установи ЛЗ «Вессел Дуе» р-н для ін'єкцій не увійшов до чинного Державного формуляру ЛЗ.

**Яковлева Л.В., Бердник О.Г.**

*Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна*

**АНАЛІЗ НАЯВНОСТІ ПЕРОРАЛЬНИХ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТАХ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЮ ЦД 2 ТИПУ**

[feknfau@ukr.net](mailto:feknfau@ukr.net)

**Вступ.** Основними причинами проблем терапії ЦД 2 типу, що призводять до розвитку важких патологій і росту смертності, є відсутність своєчасного діагнозу і сучасної правильної фармакотерапії. Про це свідчать низькі показники об'ємів споживання препаратів метформіну (34 % в Україні проти 48 % в Європі), який призначається на початкових етапах розвитку захворювання, та невідповідність призначень ЛЗ медико-технологічним документам, що забезпечують сучасну фармакотерапію даного захворювання на основі даних доведеної клінічної ефективності та безпеки використання ЛЗ.

**Мета.** Метою даного дослідження було проведення аналізу нормативних документів, що регламентують фармакотерапію ЦД 2 типу на наявність в них ПЦЛЗ (пероральних цукрознижувальних ЛЗ), і чи достатньо вони представлені на фармацевтичному ринку України.

**Матеріали та методи.** У дослідженні використані такі об'єкти: Уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на ЦД 2 типу, затверджений у 2012

році МОЗ України, чинний Державний формуляр ЛЗ України 9-й випуск, чинний British National Formulary (BNF) та дані аналізу фармацевтичного ринку України.

**Результати досліджень.**

*Таблиця*

**Порівняльний аналіз наявності ПЦЛЗ у нормативних документах:  
Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги, Державний формуляр  
лікарських засобів України, British National Formulary**

№ з/п	Фармакологічна група	Уніфікований клінічний протокол	ДФ ЛЗ У 9 випуск	BNF	Фармацевтичний ринок України (2017 р.)
1	Бігуаніди	+	+	+	+
2	Похідні сульфонілсечовини	+	+	+	+
3	Інгібітори альфа-глікозидази	+	+	+	+
4	Тіазолідиндіони	+	+	+	+
5	Інгібітори дипептидилпептидази-4	+	+	+	+
6	Інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (sglt2)	-	+	+	+
7	Постпрандіальні стимулятори секреції інсуліну	+	+	+	+
8	Інші гіпоглікемізуючі препарати, за виключенням інсулінів	+	+	+	+
9	Інсулін	+	+	+	+

Аналіз УКПМД показав, що цей документ включає в себе такі фармакологічні групи ЛЗ, рекомендовані для лікування ЦД 2- типу як : бігуаніди, похідні сульфонілсечовини, тіазолідиндіони, постпрандіальні стимулятори секреції інсуліну, інгібітори альфа-глікозидази, інгібітори дипептидилпептидази-4, інші гіпоглікемізуючі препарати, за виключенням інсулінів та препарати інсуліну. Але не увійшла група інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (sglt2), МНН Дапагліфлозин.

До чинного 9 випуску Державного формуляра ЛЗ увійшли всі групи ПЦЛЗ: бігуаніди, похідні сульфонілсечовини, тіазолідиндіони, інгібітори альфа-глікозидази, інгібітори дипептидилпептидази-4, інші гіпоглікемізуючі препарати, препарати інсуліну та постпрандіальні стимулятори секреції інсуліну.

Проаналізувавши BNF ми встановили, що в цей документ включено всі групи ПЦЛЗ, які використовуються для лікування ЦД 2- типу та є на фармацевтичному ринку України.

Порівнявши всі три НД, ми з'ясували, що є тільки одна відмінність : в УКПМД немає препаратів групи інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (sglt2) МНН Дапагліфлозин, в свою чергу у ДФ ЛЗ У та в BNF вони є.

Групи препаратів, які увійшли до проаналізованих медико-технологічних документів мають високу доказову базу, зареєстровані на фармацевтичному ринку України, виправдовують свою ефективність та безпеку при їх виборі.

Група інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (sglt2), які зареєстровані під МНН Дапагліфлозин – це новий клас препаратів, на даний момент

недостатньо вивчений. При проведенні клінічних досліджень було виявлено підвищення ризику розвитку раку молочної залози та сечового міхура. FDA (США) відхилив дозвіл до застосування дапагліфлозину, аргументуючи своє рішення тим, що високий ризик з приводу утворення злоякісних пухлин та можливості ураження печінки та нирок. Але у 2013 році МНН Дапагліфлозин було зареєстровано на фармацевтичному ринку України під ТН «Форксіга», AstraZeneca, Великобританія.

Встановлений рівень невідповідності між документами не значний, його можна пояснити тим, що УКПМД був затверджений у 2012 році, а ДФ ЛЗ У переглядається щороку і редагується відповідно до сучасних вимог та з урахуванням доказової бази та економічної доцільності ЛЗ. Аналіз порівняння вітчизняних та міжнародних НД, що регламентують фармакотерапію ЦД 2 – типу необхідно проводити систематично для того, щоб чітко визначити рівень якості вітчизняної терапії та її відповідності досягненням сучасної медичної науки.

**Підсумок:** Асортимент ПЦЛЗ на фармацевтичному ринку України дуже широкий і цукрознижувальні ЛЗ, включені до різних НД, є на фармацевтичному ринку України, що дає реальні і достатні можливості для застосування їх в клінічній практиці. Рівень невідповідності між документами не значний, його можна пояснити тим, що УКПМД був затверджений у 2012 році, а ДФ ЛЗ У переглядається щороку і редагується відповідно до сучасних вимог та з урахуванням нових даних доказової бази та економічної доцільності ЛЗ. Аналіз порівняння вітчизняних та міжнародних НД, що регламентують фармакотерапію ЦД 2 – типу, необхідно проводити систематично для того, щоб чітко визначити рівень вітчизняної терапії та її відповідності досягненням сучасної медичної науки.

**Яковлєва Л.В., Бердник О.Г., Герасимова О.О., Пархоменко В.В.**

*Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна*

## **АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ АНТИБІОТИКІВ ГРУПИ ПЕНІЦИЛІНІВ В УКРАЇНІ ЗА 2014-2017 РОКИ**

[feknfau@ukr.net](mailto:feknfau@ukr.net)

**Вступ.** Пеніциліни - група антибактеріальних лікарських засобів, що синтезуються мікроорганізмами (*Penicillium notatum* та *P. chrysogenum*), які отримують із рослинних та тваринних тканин, а також їх напівсинтетичні та синтетичні аналоги, що вибірково пригнічують життєздатність чутливих до них мікроорганізмів. В основі структури пеніцилінів лежить 6-амінопеніциланова кислота (6-АПК), яка у свою чергу містить тiazолідиновий і β-лактамний цикли.

До природних пеніцилінів належать бензилпеніцилін та феноксиметилпеніцилін. Відрізняються природні від напівсинтетичних ацильними залишками.

Класифікуються пеніциліни на природні короткої дії (бензилпеніцилін натрієва та калієва солі, феноксиметилпеніцилін) та природні депо-препарати (бензатин бензилпеніцилін, біцилін-5); напівсинтетичні (антистафілококові (ізоксазолілпеніциліни, пеніциліназостабільні): оксацилін, клоксацилін, флуоксацилін; амінопеніциліни (широкого спектра дії): ампіциліну тригідрат, амоксициліну тригідрат, пенаметицилін, бакампіцилін); антисиньогнійні (карбокспеніциліни): карбеніцилін, тикарцилін; уреїдопеніциліни: азлоцилін, піперацилін мезлоцилін; комбіновані (інгібіторозахищені): ампіцилін + сульбактам (уназин), амоксицилін + клавуланова кислота (аугментин, амоксиклав), тикарцилін + клавуланова кислота (тиментин), ампіцилін + оксацилін (ампіокс), амоксицилін + метронідазол (хелікоцин), амоксицилін + клоксацилін (вампілокс).

На сьогодні пеніциліни є ефективними і найбільш часто використовуваними антибактеріальними засобами. В основі європейської тенденції антибактеріального лікування лежить використання саме природних пеніцилінів, які мають найменшу кількість ускладнень і