

К. С. Полов'ян, М. Д. Чемич

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ ВИБОРУ СХЕМИ
ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ
УМОВНО ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ**

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність теми. На сучасному етапі в Україні спостерігається превалювання полірезистентної умовно патогенної мікрофлори (УПМ) у етіологічній структурі гострих кишкових інфекцій (ГКІ). Це призвело до перегляду пріоритету етіотропної терапії і пошуку лікувальних засобів, що забезпечують ефективну ерадикацію збудників, мають мінімальний негативний вплив на організм хворих. У цей же час, для об'єктивізації вибору альтернативних препаратів із клінічної та економічної точки зору, перед клініцистами постала необхідність у проведенні фармакоекономічного аналізу (ФА).

Метою роботи було проведення ФА для вибору схеми лікування ГКІ.

Матеріали та методи. Обстежено 100 хворих, госпіталізованих у Сумську обласну інфекційну клінічну лікарню ім. З. Й. Красовицького, середній вік яких склав $(42,51 \pm 2,87)$ роки, серед них було 53 чоловіки і 47 жінок. Пацієнти госпіталізовані на $(1,38 \pm 0,10)$ добу від початку захворювання. В залежності від призначення лікувальних засобів хворі поділені на чотири групи по 25 осіб у кожній. 1-а група пацієнтів отримувала базисну терапію – промивання шлунка і / або кишечника, дієту, регідратацію, ферменти та ентеросорбенти. Хворі 2-ої – колоїдне срібло з розмірами частинок 25 нм 10 мг/л по 100 мл тричі на добу протягом 5 днів на тлі базисної терапії. Обстежені, що увійшли до 3-ої групи, – комбінований пробіотик “Лакто” (*Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus sporogenes*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Bifidobacterium longum* по $0,325 \times 10^9$ кожного виду в 1 капсулі) по 1 капсулі тричі на добу протягом 5 днів у складі базисної терапії. Хворим 4-ї групи крім базисної терапії призначали колоїдне срібло і пробіотик (у вищевказаних дозах). Групи пацієнтів були співставимі за

ступенем тяжкості, етіологією, клінічною формою захворювання та ступенем зневоднення. Крім загальноклінічних обстежень у всіх хворих був досліджений мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на $(5,76 \pm 0,16)$ добу з моменту госпіталізації. Контрольну групу склали 20 донорів крові.

Для проведення ФА досліджуваних схем лікування використовували аналіз “витрати-ефективність” (Cost–Effectiveness Analysis, CEA) шляхом визначення значень коефіцієнта витратної ефективності (CER) і коефіцієнта приросту ефективності витрат (ICER). Були розраховані прямі витрати для 5-денного курсу лікування 25 пацієнтів. За міру ефективності вважали кількість випадків нормобіоценозу кишечника при виписуванні зі стаціонару. Отримані результати опрацьовували за допомогою референтного методу.

Результати. Після завершення лікування у пацієнтів з 1-ої групи встановлено 4 випадки нормалізації складу мікробіоценозу кишечника, у осіб з 2-ої – 7, 3-ої – 11, а 4-ої – 17. При розрахунку прямих витрат встановлено, що при застосуванні базисної терапії було витрачено 45300,0 грн.: ліжко-день (43050,0 грн.) + регідраційні засоби (1185,0 грн.) + ентеросорбція (960,0 грн.) + ферментна терапія (105,0 грн.). Лікування хворих із призначенням на тлі базисної терапії колоїдного срібла коштувало 45600,0 грн.: вартість лікування з призначенням базисної терапії (45300,0 грн.) + розчин колоїдного срібла (300,0 грн.). При додаванні пробіотика до базисної терапії витрачено 45950,0 грн.: вартість лікування з призначенням базисної терапії (45300,0 грн.) + пробіотик (650,0 грн.). При поєднаному використанні розчину колоїдного срібла та пробіотика витрачено 46250 грн.: вартість лікування з призначенням базисної терапії (45300,0 грн.) + розчин колоїдного срібла (300,0 грн.) + пробіотик (650,0 грн.).

При розрахунку CER для кожної схеми лікування ГКІ встановлено, що найвище значення CER було у 1-й групі (11,3). Таким чином, хоча базисна терапія і мала нижчу вартість, але виявляла незначну ефективність. Меншими були показники CER у 2-й (6,5) і 3-й (4,1) групах, а найнижче значення коефіцієнта виявилось у 4-й групі (2,7), що вказувало на зростання

ефективності витрат при поєднаному призначенні колоїдного срібла та комбінованого пробіотика.

При зіставленні значень ICER між досліджуваними схемами лікування виявлено, що порівняно з базисною терапією, для 2-ої групи ICER₁₋₂ склав 100, а стан пацієнта поліпшився на 0,01 ОД; для 3-ої групи – відповідно ICER₁₋₃ 92,86 і 0,011 ОД; для 4-ої – ICER₁₋₄ 73 і 0,014 ОД. При зіставленні альтернативних схем лікування виявлено, що ICER₂₋₃ складав 87,5 і 0,011 ОД; ICER₂₋₄ – 65 і 0,015 ОД і ICER₃₋₄ – 50 і 0,02 ОД.

Висновок. Порівняно з базисною терапією, найнижче зростання середньої вартості поліпшення стану пацієнта на 1 одиницю відбувається при переході на поєднане застосування комбінованого пробіотика та колоїдного срібла. До того ж, ця схема має найбільшу ефективність витрат порівняно з базисною терапією або окремим призначенням досліджуваних лікувальних засобів на тлі загальноприйнятої терапії.

Полов'ян К. С. Фармакоеконічний аспект вибору схеми лікування гострих кишкових інфекцій, спричинених умовно патогенними мікроорганізмами / К. С. Полов'ян, М. Д. Чемич // Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів України «Вірусні хвороби. ВІЛ-інфекція/СНІД», м. Алушта. – 2013. – С. 274-276.