

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИБОРУ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Полов'ян К. С., Чемич М. Д.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Актуальність теми. Впродовж останнього десятиріччя спостерігається тенденція до зростання ролі умовно патогенної мікрофлори (УПМ) у виникненні патологічних станів запального генезу. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) не стали винятком – переважання полірезистентних УПМ у структурі даної недуги призвело до перегляду пріоритету традиційної етіотропної терапії і пошуку лікувальних засобів, що забезпечують ерадикацію збудників, але мають мінімальний негативний вплив на макроорганізм. У цей же час, в умовах обмеженого фінансування державних медичних закладів, є доцільним фармакоеконімічний аналіз (ФА) різних схем лікування для раціонального вибору препаратів із клінічної та економічної точки зору.

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, діету, 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 грн.: ліжко-день (43050 грн.) + регідратаційні засоби (1185 грн.) + ентеросорбція (960 грн.) + ферментна терапія (105 грн.). Лікування хворих із призначенням на тлі базисної терапії колоїдного срібла коштувало 45600 грн.: вартість лікування з призначенням базисної терапії (45300 грн.) + розчин колоїдного срібла (300 грн.). При додаванні пробіотика до базисної терапії витрачено 45950,0 грн.: вартість лікування з призначенням базисної терапії (45300 грн.) + пробіотик (650 грн.). При поєднаному використанні розчину колоїдного срібла та пробіотика витрачено 46250 грн.: вартість лікування з призначенням базисної терапії (45300 грн.) + розчин колоїдного срібла (300 грн.) + пробіотик (650 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 і колоїдного срібла. Також дана схема має найбільшу ефективність витрат порівняно з базисною терапією або окремим призначенням даних лікувальних засобів на тлі загальноприйнятої терапії.