

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИТРИВОЖНИХ ТА НООТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЗА СУПУТНЬОЇ СОМАТОПСИХІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Т. В. КОНСТАНТИНОВИЧ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Бронхіальна астма (БА) за своєю суттю є хронічним запальним захворюванням дихальних шляхів [3, 14, 16]. Саме хронічний перебіг захворювання визначає той факт, що, розпочавшись в дитячому або юнацькому році, це захворювання продовжується в зрілому віці, спричиняючи значний економічний тягар, обумовлений тимчасовою та стійкою втратою працездатності, витратами на придбання ліків на госпітальному та амбулаторному етапах, на надання невідкладної допомоги. Крім того БА наосять, насамперед, значний моральний збиток власне самому хворому та особам, які його оточують [7, 11].

Вирішення економічних проблем криється в оптимізації медикаментозної терапії, яка забезпечує контроль над захворюванням [6]. При економічній оцінці ведення хворих з хронічними захворюваннями, до яких відноситься БА, необхідно враховувати не тільки вартість медикаментів та ефективність по відношенню до конкретних симптомів, але й вплив тактики лікування на коштовність захворювання в цілому, а також, власне, і кінцевий результат лікування, який полягає не тільки в стабілізації соматичних показників організму, але й збереження пацієнтів повноцінними членами суспільства в рамках підвищення параметрів ЯЖ [1, 5, 13]. Характеристиці психосоціального стану хворих в цьому контексті надається багато уваги. Збереження же пацієнтів повноцінними членами суспільства веде до збереження як економічного, так і соціального потенціалу держави в цілому [3, 7, 13, 15].

Сучасна концепція патогенезу БА представляє його як персистуючу запальну відповідь бронхів на різноманітні подразники імунної та неімунної природи [16]. У зв'язку з цим найбільш актуальним для лікування цього захворювання є вибір препаратів, механізм яких полягає в зниженні активації та вивільнення медіаторів різними клітинами запалення та зниження ефектів їх дії на рівні бронхіального дерева. Єдиною групою препаратів, яка впливає на всі види запалення в дихальних шляхах є ГКС, що за призначення в адекватних до тяжкості БА дозах, в комбінації з бронхолітичними препаратами забезпечують надійний контроль над захворюванням, особливо при середньотяжкому та тяжкому його перебігу [3, 16].

Проведене нами попереднє дослідження [9], що виконується в рамках планової наукової роботи кафе-

дри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова "Особливості надання медичної допомоги хворим на амбулаторному та стаціонарному етапах лікування за розповсюджених захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням параметрів якості життя та фармакоеконічних показників" (№ держреєстрації 0103U000201), показало, що в процесі розвитку бронхіальної астми у 39,1% хворих формується клінічний симптомокомплекс соматопсихічної дисфункції (СПД), який представлений високим рівнем реактивної тривожності (РТ) (20,3%), високим рівнем особистісної тривожності (ОТ) (75,8%), високим рівнем невротизації (РН) (41,5%), легкою та маскованою депресією (відповідно 21,3% та 3,1%), що значуще відрізняється від практично здорових осіб ($p < 0,001$), як за поширеністю, так і за тяжкістю, і свідчить про його вторинність по відношенню до БА та соматогенну обумовленість. Наявність у хворих БА супутньої СПД суттєво погіршує клінічний перебіг захворювання, спричиняючи зростання кількості симптомів, зниження показників зовнішнього дихання, погіршення якості життя, що потребує посилення об'єму терапії та веде до вірогідного зростання вартості лікування за рахунок подовження строків стаціонарного лікування та витрат на надання невідкладної допомоги.

Відповідно до вище означеного лікування супутньої клінічно значущої СПД в рамках проведення відповідної планової антиастматичної терапії постає актуальною проблемою, що ї визначило мету нашої роботи.

Мета дослідження

На підставі проведення фармакоеконічного аналізу визначити доцільність та рентабельність включення до комплексної програми лікування хворих на БА препаратів антитривожної (афобазолу (АФ)) та ноотропної (пірацетаму/тіотріазоліну (ПТ)), що призначалися для корекції патологічно зміненого психоемоційного стану пацієнтів.

Матеріал та методи дослідження

До участі в дослідженні були запрошені 90 хворих БА, 78 з яких дали письмове погодження, внаслідок чого вони були розподілені на три підгрупи. До I підгрупи ввійшли 28 хворих БА (12 чоловіків, 16 жінок), середній вік яких склав $(41,4 \pm 2,3)$ років, програма лікування яких передбачали лише призначення лише пре-

паратів для базисної терапії. Пацієнти цієї підгрупи оцінювались як група контролю. До II-A підгрупи ввійшли 29 хворих БА (16 чоловіків, 13 жінок), середній вік яких дорівнював $(46,6 \pm 2,0)$ років, програма лікування яких передбачала застосування відповідної базисної терапії у сполученні із призначенням атипичного небензодіазепінового антиризовного засобу афобазолу (ВАТ «Щолківський вітамінний завод», Російська федерація) по 10 мг тричі на добу [8]. До II-B підгрупи ввійшов 21 хворий БА (6 чоловіків, 15 жінок), середній вік яких склав $(43,9 \pm 2,6)$ років, програма лікування яких складалася із препаратів базисної терапії відповідно тяжкості у сполученні з метаболічним препаратом з ноотропною активністю пірацетамом/тіотріазоліном («Галичфарм», Україна) по 0,4/0,1 мг тричі на добу [8].

Базисна терапія проводилась відповідно до тяжкості перебігу БА і складалася із застосування інгаляційного глюкокортикостероїду беклометазону діпропіонату у сполученні із інгаляціями сальбутамолу за вимогою [3]. Для базисної терапії хворих БА ми обрали беклометазону діпропіонат, який, не дивлячись на появу останнім часом нових інгаляційних ГКС, був та залишається одним з найбільш призначаємих у світі, так званим «золотим стандартом», внаслідок оптимального співвідношення показника «вартість–ефективність», що забезпечується високим терапевтичним топічним ефектом та оптимальною вартістю препарату. Цей аргумент є не останнім в обранні діючої речовини для проведення лікування та забезпечення коплаєнтності прийому його хворими БА, які відносяться до ланки осіб із середньою та низькою купівельною спроможністю. Призначення добової дози беклометазону здійснювали відповідно тяжкості перебігу БА згідно рекомендації Наказу № 128 МОЗ України, 2007 [3]. Хворим БА за легкого персистуючого перебігу БА призначали беклометазону діпропіонат у добовій дозі 500 мкг (2 дози), хворим із середньотяжким персистуючим перебігом БА — 1000 мкг (4 дози) та хворим із тяжким персистуючим перебігом БА — 2000 мкг (8 доз).

В якості препарату для забезпечення надання допомоги за вимогою ми використали сальбутамол, селективний β_2 -агоніст, що також має статус «золотого стандарту» в наданні допомоги за потребою внаслідок мінімальних побічних впливів на серцево-судинну та інші системи, економічної доступності населенню, високої фармакологічної ефективності.

В табл. 1 наводимо розподілення хворих БА залежно від тяжкості перебігу захворювання.

Відповідно до мети, ми проводили вивчення лише прямих витрат на курсове лікування БА хворими різних груп порівняння. Враховуючи той факт, що додавання до схеми стандартної базисної терапії будь-якого лікарського препарату, незмінно призведе до збільшення коштовності лікування, ми провели розрахунки з точки зору оцінки переваги тієї чи іншої програми лікування з урахуванням медичної (клінічної), економічної та соціальної ефективності за допомогою витратно-ефективного коефіцієнта, що розраховується за формулою:

$$KCEA = (DC : Ef),$$

де KCEA — витратно-ефективний коефіцієнт, що виявляє витрати, які необхідні на одиниці ефективності, DC — прямі витрати на лікування за певною програмою у гривнях, Ef — ефективність лікування в умовно обраних одиницях [6, 10].

Статистична обробка виконана на персональному комп'ютері з використанням пакету статистичних програм SPSS.12 для Windows [2].

Отримані результати та їх обговорення

Програми лікування хворих БА здійснювались протягом 2006–2008 років внаслідок поступового набору пацієнтів. Курс лікування становив (30 ± 2) дні. На початку викладення результатів фармакоекономічного аналізу, наводимо вартість препаратів, які приймали хворі БА, базуючись на закупівельних цінах, що наведені в Компендіумі 2008 р. [8] (табл. 2). Препарати пройшли фармакологічну державну реєстрацію та дозволені до застосування на території України. Психотропні препарати дозволені до використання в загальнотерапевтичних відділеннях, мають задовільну інтеракцію із препаратами базисного ряду [4].

Кількісний показник застосування сальбутамолу розраховували як середнє арифметичне від початкового (День 1) та кінцевого значення (День 30).

Дозування препаратів психотропної дії протягом 30-денного курсу терапії було стабільним, не змінювалось і відповідало мінімальним терапевтичним рекомендованим дозам для досягнення ефекту — для АФ — 10 мг 3 рази на добу, для ПТ — 0,4/0,1 мг 3 рази на добу.

В табл. 3, наводимо показники вартості одноденного та курсового періодів терапії хворих БА за різних програм лікування.

Таблиця 1. Розподілення хворих залежно від тяжкості перебігу БА

Підгрупи хворих БА	Легка персистуюча БА		Середньотяжка персистуюча БА		Тяжка персистуюча БА	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I (n=28)	2	7,1	14	50,0	12	42,9
II-A (n=29)	5	17,2	16	55,8	8	27,6
II-B (n=21)	1	4,8	7	33,3	13	61,9
Усього хворих БА (n=78),%	8 (10,3 %)		37 (47,4 %)		33 (42,3 %)	

Таблиця 2. Вартість упаковки та разових доз препаратів, що призначались хворим БА (станом на 2008 р.)

Лікарський засіб	Вартість упаковки, грн.	Вартість разової дози засобу, грн.
Сальбутамол	11,90	0,06
Беклометазону діпропіонат	41,00	0,21
Афобазол	37,17	0,74
Пірацетам 0,4/ тіотриазолін 0,1	39,51	0,66

Як видно з даних, що приведені в табл. 3, показники прямих витрат на придбання ліків мали статистичні відмінності між пацієнтами трьох підгруп порівняння. Найбільш коштовнішим виявився 30-денний курс лікування хворих II-Б підгрупи, які на фоні базисної терапії приймали ноотропний препарат ПТ, він склав у середньому (115,46±5,84) грн. на місяць. Вартість пацієнтів I клінічної підгрупи оказалась в 2,05 разів нижчою (p=0,017) від попередньої і була обумовлена лише збільшенням витрат за рахунок придбання психотропного засобу, тому що вартість 30-денного курсу застосування інгаляційних базисних препаратів між пацієнтами I та II-Б підгруп статистично не відрізнялася і складала (56,32±5,87) грн. для пацієнтів I підгрупи та (56,07±5,84) грн. для пацієнтів II-Б підгрупи. Тенденція до підвищення вартості базисних препаратів в II-Б підгрупі може бути зв'язана із більшою кількістю хворих із тяжким персистуючим перебігом БА в II-Б підгрупі — 61,9 % проти 42,9 % в I групі, що і обумовлює збільшення добової дози беклометазону до 8 вдихів (2000 мкг) на добу. Навпроти, витрати на придбання сальбутамолу у пацієнтів II-Б підгрупи мала тенденцію до зменшення, що зв'язано із вірогідно кращим регресом частоти симптомів захворювання під впливом комбінованої терапії.

Витрати на 30-денний курс лікування хворих БА II-А підгрупи, які поряд із традиційним базисним лікуванням отримували атипичний небензодіазепіновий анти-тривожний засіб АФ складала у середньому (103,62±3,44) грн. Вона статистично не відрізнялася від витрат пацієн-

тів II-Б, хоча була нижчою в 1,1 разів за рахунок зниження витрат на застосування беклометазону у середньому на (10,4±0,42) грн., що було на 25,73 % в місяць економніше, та на застосування сальбутамолу на (8,64±1,98) грн., що склало 55,2 % економії коштів в місяць.

Мали місце статистично значущі відмінності (p=0,017) між витратами на лікування хворих БА I та II-А груп, що, з одного боку пов'язано із введенням в схему лікування хворих II-А групи додаткового лікарського засобу АФ, який зробив лікування хворих коштовнішими на 66,60 грн. за курс, а з другого боку, зниженням в цій групі середнього показника витрат на придбання ліків базисної терапії, що становило у середньому (37,02±3,44) грн, що в 1,5 разів нижче від витрат на закупівлю препаратів базисної терапії пацієнтами I групи спостереження. І якщо витрати на придбання беклометазону діпропіонату можна вважати стабільними, то витрати на використання сальбутамолу відносяться до дуже лабільних показників, які залежать від тяжкості БА, від потреби хворого у інгаляторах швидкого використання, а в багатьох випадках і від психоемоційного стану пацієнтів, які використовують β₂-агоністи «швидкої» дії не за потребою, а для профілактики, за наявності синдрому «тривоги очікування» нападів, навіть у разі стабільного стану ФЗД. В цьому випадку, застосування анти-тривожного засобу є виправданим з метою усунення супутніх емоційних зсувів, стабілізації психічних функцій хворих та їх адекватного відношення до тяжкості свого стану.

Таблиця 3. Вартість одностійної та курсової терапії хворих БА за різних програм лікування

Препарат	Вартість лікування на 1 хворого БА, грн.						Ймовірність похибки(p)
	I підгрупа		II-А підгрупа		II-Б підгрупа		
	1 день	Курс	1 день	Курс	1 день	Курс	
Беклометазону діпропіонат							
Середня кількість доз, (M±m)	5,6±0,4	167,1±12,5	4,8±0,4	142,8±12,1	6,4±0,5	191,4±14,1	0,038
Середня вартість за курс, (M±m), грн.	35,1±2,63		30,0±2,54		40,4±2,96		0,038
Сальбутамол							
Середня кількість доз, (M±m)	11,8±1,8	354,0±54,0	3,9±0,5	117,0±15,0	8,7±1,6	261,0±48,0	0,002
Середня вартість за курс, (M±m), грн.	21,24±3,24		7,02±0,90		15,66±2,88		0,002
Вартість АФ за курс, грн.	-	-	66,60		-	-	-
Вартість ПТ за курс, грн.	-	-	-	-	59,40		-
Усього за курс:	56,34±5, 87		103,62±3,44		115,46±5,84		0,017

Враховуючи, що при однакових витратах на препарати базисної терапії хворими I та II-Б підгруп, вартість базисного лікування пацієнтів II-A підгрупи була вірогідно меншою в 1,5 рази, навіть при порівнянні II-A та II-Б груп між собою. Ми припустили, що включення в програму лікування антитривожного препарату АФ економічно вигідніше за застосування ноотропного засобу ПТ насамперед за рахунок його більшого позитивного впливу на соматичну та психічну складову БА. Тому ми провели розрахунки показника співвідношення «вартість–ефективність» відповідно для кожної з двох схем лікування. Основним недоліком цього методу є труднощі у формуванні груп хворих з точним критерієм порівняння, особливо, якщо клінічний перебіг БА в нашому дослідженні аналізувався з багатьох позицій – з класичної (динаміка соматичних параметрів та функція зовнішнього дихання), психологічної – динаміка параметрів соматопсихічних характеристик та соціальної – динаміка параметрів якості життя. Для уніфікації аналізу та визначення критерію порівняння ми застосували Тест по контролю над астмою (АСТ-тест, Asthma Control Test, QualityMetric Incorporated, 2002). Цей тест повною мірою відображає перебіг захворювання та, відповідно, стан контролю над ним за останні 4 тижні [12, 15]. Перше заповнення цього тесту відбувалось на початку терапії (День 1), друге – на етапі завершення терапії.

В табл. 4 представлена динаміка результатів АСТ-тесту в підгрупах хворих БА за різних програм лікування. На етапі початку лікування (День 1) середнє значення результату АСТ-тесту в підгрупах порівняння статистично не відрізнявся ($p=0,051$), однак визначалась тенденція до зниження рівня контролю над астмою у хворих, які ввійшли в II-Б підгрупу порівняно з II-A, що пояснюється збільшенням частки тяжкого персистуючого перебігу в цій групі хворих порівняно з іншими. В цілому пацієнти усіх підгруп, що порівнювались, мали неконтрольований перебіг БА і мали середнє значення результату АСТ-тесту в межах 9,5 — 11,6 балів.

Аналізуючи результати, які мали місце через 30 днів після початку лікування (табл. 4), бачимо, що з високим ступенем статистичної вірогідності ($p=0,000$) відбувалося збільшення середнього значення результатів АСТ-тесту з $(10,3\pm 0,6)$ до $(13,2\pm 0,7)$ балів в I підгрупі хворих, з $(11,6\pm 0,4)$ до $(19,5\pm 0,6)$ балів в II-A підгрупі хворих, з $(9,5\pm 0,4)$ до $(16,2\pm 0,9)$ балів в II-Б підгрупі хворих. Це свідчить про позитивну відповідь на лікування, яке відбувалося протягом місяця серед пацієнтів за різних схем лікування. Проведення апостеріорних тестів множинно порівняння (Шеффе, Дункана, Т'юкі, Сідак) дало змогу

визначити, що найбільш суттєво позитивною за статистичною вірогідністю була динаміка результатів АСТ-тесту у хворих БА II-A підгрупи ($p=0,000$ по відношенню до I підгрупи, $p=0,006$ по відношенню до II-Б), що свідчить про кращий вплив комбінованої терапії хворих БА із включенням антитривожного препарату АФ на перебіг та контроль захворювання.

В цілому рівень контролю над БА протягом 30-денного курсу лікування у хворих I підгрупи поліпшився на 28,2 % від початкового рівня, у хворих II-A підгрупи — на 68,1 %, у хворих II-Б підгрупи — на 70,5 %. Однак, з огляду на критерії оцінки стану контролю БА за результатами АСТ-тесту, за середнім балом, який мали хворі на етапі завершення терапії, у всіх групах хворих БА, що порівнювались, контролю над захворюванням досягнуто не було. Тому ми визначили кількість хворих, які досягли задовільного або повного контролю відповідно по підгрупах порівняння, і цю кількість прийняли за критерій ефективності лікування для підрахунку співвідношення «вартість–ефективність».

Так, якщо до початку лікування всі 100 % пацієнтів за своїми результатами АСТ тесту знаходились в межах неконтрольованого перебігу БА із показником нижче 20 балів, то на етапі завершення терапії вони мали статистично значущі відмінності в рівнях контролю над захворюванням. Серед пацієнтів, які сформували I підгрупу спостереження (базисна терапія) на стан задовільного контролю вийшли 4 (14,3 %) хворих, у яких результат АСТ тесту складав 20–24 бали. Інша динаміка рівнів контролю спостерігалась в підгрупах, які отримували психотропні препарати. Так, 18 (62,1 %) хворих БА, що в комплексній програмі лікування отримували АФ за результатом тестування досягли значення задовільного контролю (сума балів знаходилась в межах 20–24 бали), аналогічного результату досягли лише 6 (28,6 %) хворих, які в комплексній програмі лікування отримували ПТ ($p=0,000$).

Розрахунки співвідношення «вартість–ефективність», проведені для пацієнтів I, II-A та II-Б підгруп представлені нижче:

$$Ef_I = 56,34 \text{ грн.} : 14,3 \% = 3,93$$

$$Ef_{II-A} = 103,67 \text{ грн.} : 62,1 \% = 1,87$$

$$Ef_{II-B} = 115,46 \text{ грн.} : 28,6 \% = 4,04$$

В табл. 5 наводиться порівняльна характеристика співвідношення «вартість–ефективність» для трьох схем лікування.

Враховуючи невірогідну різницю вартісно-ефективного коефіцієнта між I та II-Б підгрупами, ми також

Таблиця 4. Динаміка результатів АСТ-тесту в групах хворих БА за різних програм лікування

Середнє значення результату АСТ-тесту, (M+m)	Хворі БА I підгрупи (n = 28)	Хворі БА II-A підгрупи (n = 29)	Хворі БА II-Б підгрупи (n = 21)	Ймовірність похибки (p)
До етапі початку лікування (День 1)	10,3±0,6	11,6±0,4	9,5±0,4	0,051
На етапі завершення лікування (День 30)	13,2±0,7	19,5±0,6	16,2±0,9	0,000

Таблиця 5. Порівняльна характеристика співвідношення «вартість-ефективність» для трьох схем лікування

Підгрупи хворих БА, що порівнювались	Вартість 30-денного курсу лікування (грн.)	Клініко-функціональна ефективність, %	Співвідношення «вартість-ефективність», (Ef)
I (n = 28)	56,34	14,3	3,93
II-A (n = 29)	103,67	62,1	1,87
II-Б (n = 21)	115,46	28,6	4,04

провели розрахунки різниці співвідношень «вартість-ефективність» для аналізу розбіжностей між групами, що визначались за формулою:

$$(C_2 - C_1) : (Ef_2 - Ef_1),$$

де C_2 та C_1 — ціна курсу лікування відповідно в групах порівняння, Ef_2 та Ef_1 — кількість отриманих випадків у % клініко-функціональної ефективності відповідно у підгрупах порівняння [6, 10].

Різниця співвідношення «вартість-ефективність» між II-A та I групою хворих становила $(103,67 - 56,34) : (62,1 - 14,3) = 0,99$ грн. на кожен одиницю ефективності, різниця співвідношення «вартість-ефективність» між II-Б та I групою хворих — $(115,46 - 56,34) : (28,6 - 14,3) = 4,13$ грн. на кожен одиницю ефективності, різниця співвідношення «вартість-ефективність» між II-Б та II-A групою хворих — $(115,46 - 103,67) : (28,6 - 62,1) = -0,35$ грн. на кожен одиницю ефективності.

Висновки та перспективи подальших розробок:

1. Аналіз отриманих даних показав, що мінімальну вартість курсового 30-денного лікування мали пацієнти I групи, що отримували лише базисну терапію, максимальну – пацієнти II-Б групи, що отримували комбіновану терапію БА із включенням тіоцетама, при цьому вони мали статистично невірогідні розбіжності в показниках «вартість-ефективність»;

2. Вартість лікування пацієнтів II-A групи, що отри-

мували комбіновану терапію із включенням афобазолу характеризувались оптимальним показником «вартість-ефективність», який був найменшим серед груп порівняння, що і підтверджується розрахунками різниць співвідношень вартісно-ефективного коефіцієнту між парами груп порівняння.

3. Не дивлячись на практично однакову вартість курсового лікування пацієнтів II-A та II-Б груп, враховуючи одиниці умовної ефективності (% хворих, які досягли задовільного контролю) вартість лікування пацієнтів, які поряд із базисними ліками приймали афобазол нижча, а ефективність, навпроти вища в 2,2 рази, ніж вартість та ефективність лікування пацієнтів, які поряд із базисними препаратами приймали тіоцетам, показник різниці співвідношень «вартість-ефективність» для цих груп пацієнтів становить (- 0,35 грн. на кожен одиницю ефективності).

4. Комплексна програма лікування хворих БА із включенням афобазолу має переваги над програмою лікування із включенням тіоцетама, що доведено з економічної точки зору. Не дивлячись на підвищення прямих витрат на придбання додаткових ліків, розраховані фармакологічні показники доводять доцільність призначення означених психотропних засобів в комплексному лікуванні хворих БА за наявності супутніх соматопсихічних синдромів.

5. Перспективним є вивчення клінічної та фармакологічної ефективності інших схем лікування БА за наявності супутньої терапевтичної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бельтюков, Е. К. Клинико-экономический анализ эффективности современных технологий ведения больных бронхиальной астмой в условиях локальной противоастматической программы [Текст] / Е. К. Бельтюков // Пульмонология. — 2003. — № 1. — С. 83–89.
2. Бююль, А. Искусство обработки информации. Platinum Edition [Текст] / Ахим Бююль, Петер Цефель; [пер. с нем.]. — СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. — 608 с.
3. Діагностика, клінічна класифікація та лікування бронхіальної астми [Текст] / Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. — Київ, 2007. — 146 [31–62] с.
4. Дробижев, М. Ю. Психофармакотерапия в общесоматической сети (соматотропные эффекты, совместимые с соматотропными препаратами) [Электронный ресурс] / М. Ю. Дробижев // Consilium Medicum. — 2000. — № 2. — Режим доступа до журн.: <http://www.consilium-medicum.com>.
5. Ермаков, В. С. Фармакоэкономическая эффективность применения отечественных противоастматических препаратов при лечении больных бронхиальной астмы: автореф. дис. канд. мед. наук: «Пульмонология» [Текст] / В. С. Ермаков. — Москва, 1997. — 19 с.
6. Заліська, О. М. Використання методів фармакологічної оцінки лікарських засобів в Україні: [методичні рекомендації] [Текст] / О. М. Заліська. — МОЗ України. — Львів, 2002. — 23 с.
7. Здоровье легких в Европе (Белая книга легких). Факты и цифры. [Текст]. — ERF, 2003. — 60 с.
8. Компендиум 2008 — лекарственные препараты [Электронный ресурс]. — 80 Min / 700 MB. — МОРИОН, 2008. — электрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см. — Систем. вимоги: Windows 98, 2000, XP, Windows Server 2005. — Название с контейнера.
9. Константинович, Т. В. Клінічний перебіг бронхіальної астми в осіб із різними типами соматопсихічної дисфункції / Т. В. Константинович // Сімейна медицина. — 2009. — № 2 (28). — С. 67–72.
10. Мальцев В. И. Применение анализа «затраты-эффективность» для выбора препаратов группы аналогов [Текст] / В. И. Мальцев, Т. К. Ефимцева, Д. Ю. Белоусов // Ежедельник Аптека. — 2002. — № 38 (359). — С. 9.
11. Мостовий, Ю. М. Фармако-економічні аспекти лікування бронхіальної астми. Погляд на проблему [Текст] / Ю. М. Мостовий // Медицина світу. — 2001. — Т. XI, число 3. — С. 159–166.

12. Огородова, Л. М. АСТ — новый инструмент для оценки контроля над бронхиальной астмой [Текст] / Л. М. Огородова, О. С. Кобякова // Аллергология. — 2005. — № 2. — С. 56–59.
13. Фещенко, Ю. И. Достижение контроля — современная стратегия ведения бронхиальной астмы [Текст] / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина // Астма та алергія. — 2007. — № 1–2. — С. 5–8.
14. *The Brussels Declaration: the need for change in asthma management* [Text] / S. Holgate, H. Bisgaard, L. Bjermer [et al.] // ERJ. — Dec., 2008. Vol. 32. — P. 1433 — 1442.
15. *Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control* [Text] / R. A. Nathan, C. A. Sorkness, M. Kosinski [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol.- 2004. — Vol. 113 (1). — P. 59–65.
16. *Global Strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary* [Text] / E. D. Bateman, S. S. Hurd, P. J. Barnes [et al.] // ERJ. — 2008. — Vol. 31. —P. 143–178.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИТРЕВОЖНЫХ И НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТОПСИХИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Константинович Т. В.

Резюме

В статье представлены результаты собственных исследований, основанные на фармакоэкономическом анализе применения антитревожного препарата афобазола (А) и ноотропного препарата тиоцетама (Т) в комплексном лечении больных бронхиальной астмой (БА) с диагностированной соматопсихической дисфункцией (СПД). Группу исследования составили 29 больных БА, которые получали препараты базисной терапии (БТ) в сочетании с А и 21 больной, получавший БТ в сочетании с Т. Группу контроля составили 28 больных БА, получавшие только препараты БТ. Клинико-функциональная эффективность групп исследования составила соответственно 62,1 % и 28,6 %, группы контроля – 14,4 %. Стоимость лечения больных БА с применением А характеризовалась оптимальным показателем «стоимость-эффективность», который составил 1,87. Программа комплексной терапии с включением А в 2,2 раза была дешевле и экономичнее в сравнении с программой лечения с включением Т.

PHARMACOECONOMICAL ASPECTS OF USING OF ANTIANXIOUS AND NOOTROPIC PREPARATIONS IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA WITH CONCOMITANT SOMATOPSYCHICAL DISFUNCTION

Konstantinovich T. V.

Summery

The results of own researches are represented in the article, based on the pharmacoeconomical analysis of application of antianxious preparation afobasol (A) and nootropic preparation tiocetam (T) in complex treatment of patients with bronchial asthma (BA) with the diagnosed somatopsychical disfunction (SPD). The research group was made by 29 BA patients, which got preparations of base therapy (BT) in combination with A and a 21 patient, which got base therapy in combination with T. T control group was made by 28 patients OH, getting only preparations of base therapy. Clinical-functional efficacy of researched groups made 62,1 % for A and 28,6 % for T, control groups – 14,4 %. Cost of treatment of BA patients BA the A-use was characterized by the optimum index «cost-efficiency», which made 1,87. The program of complex therapy with including of A in 2,2 times is cheaper and more economical by comparison to the program of treatment with including of T.