




O‘ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА


№2
2020

МУНДАРИЖА

SOG'LIQNI SAQLASHNI TASHKIL QILISH 
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мирзагалёб Нигматович Тилляшайхов, Шавкат Нарзикулович Ибрагимов, Сайде Мустафаевна Джанклич, Олимжон Абдилходжаевич Имамов, Яхё Пазлитдинович Зияев **ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН: ДОСТИЖЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СТРАНЫ** 2

Эркинжон Зиёевич Исаков **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОЧИХ МЕСТ ЦЕМЕНТНОГО ПРОИЗВОДСТВА ОАО «КУВАСАЙЦЕМЕНТ»** 5

KLINIK TIBBIYOT 
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

¹Zulfiya Khusankhodjaevna Mirzarakhimova, ²Gulnara Nishanovna Rakhimova, ¹Guzal Uchkunovna Mullabaeva **CLINICAL RISK FACTORS FOR HYPOGLYCEMIA IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS** 8

²Голиб Абдуллаевич Хакимов, ⁴Ражаб Исраилович Исраилов, ¹Бахритдин Ханимкулович Бабанов, ¹Гулрух Комилжоновна Ботиралиева, ³Shivani Sharma, ³Aditi Dewan, ¹Бахтигул Хушбаковна Рахимова, ¹Абдужабор Нурланович Муратов, ⁴Сардор Алишерович Хайитбоев, ²Одил Нигманович Абдурахимов, ³Бектош Турсунполатович Насимов, ²Музаффар Абдувахобович Маликов, ²Отабек Одилевич Нигманов **РОЛЬ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ** 13

Ирода Абдурасуловна Камилова, Жанна Евгеньевна Пахомова **ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ЛОКУСА C-734A ГЕНА CYP 1A2 У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ** 20

DAVOLOVCHI SHIFOKORLAR VA DORIHONA ISHCHILARI DIQQATIGA 
ВНИМАНИЮ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ

Гульнора Саттаровна Рахимбаева, Шохида Рустамовна Газиева, Фахмиддин Хайриддинович Муратов **ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ** 27

Маъриф Шакирович Каримов, Динора Аюповна Партибёева, Фазилат Нармаматовна Шукурова **ГЕПАТОПРОТЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕЧЕНОЧНОГО КОНТИНУУМА** 31

¹Паина Сиднеевна Кац, ²Римма Аркадьевна Френкель, ³Аброр Шакирович Касымов **КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ (ЧАСТЬ 2)** 34

Алиаскар Турсунович Сафаров, Лола Сайфуллаевна Абдуллаева, Жамила Зикриллаевна Шайматова, Елена Кимовна Кадырова, Мухиддин Яхшибоевич Уринов **К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ** 41

Munira Karimullayevna Ishanova, Muxayyo Qurambaevna Qo`chqarova, Jo`rabek Abdunabievich Diniqulov, Sherzod Abdurasulovich Matatqulov **PUBERTAT OLDI DAVRIDA KATARAL GINGIVITNI KOMPLEKS DAVOLASHDA LOROBEN PREPARATINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH** 44

Авзал Нигматуллаевич Акбаров, Комола Назруллаевна Шоахмедова, Шавкат Рўзиматович Алиев **СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН ГЕМОДИАЛИЗ ҚАБУЛ ҚИЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ОЛИБ КУЙИЛАДИГАН ПЛАСТИНКА ПРОТЕЗЛАРИГА МОСЛАШИШ ЖАРАЁНИДА КЛИНИК-МИКРОБИОЛОГИК БАҲОЛАШ** 46

SHARHLAR **ОБЗОРЫ**

- Нематжон (Солиевич) Мамасолиев, Хатам Хасанбаевич Турсунов, Бурхонжон Умарович Усмонов, Рано Рустамбековна Курбонова МИОКАРД ИНФАРКТИ – 2019. 3 – ЧИ АХБОРОТ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯДА АНИҚЛАШ..... 51
- Антонина Амуровна Ким, Сайит Индиаминович Индиаминов, Акмаль Фархатович Асатулаев ТАНАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ..... 55
- Октябрь Рухуллаевич Тешаев, Алижон Солиевич Муродов, Махмуд Мансурович Усмонов ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ 58
- Фарход Абдухакимович Хаджибаев, Висолат Хамзаевна Шарипова, Пулат Каримович Султанов, Малика Руслановна Рузикаева СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТОКОЛЫ ИММУНОСУПРЕССИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ..... 61
- Аббос Ахрарович Данияров СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР)..... 66
- Малика Худайбергеновна Ибрагимова, Зилола Хайдаровна Адылходжаева, Шахзода Исаковна Самадова ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИЩАЯ. ОБЗОР 71
- Фируза Лукмоновна Мирсалихова, Ўғилой Искандар қизи Содиқова, Диёр Бахтиёрвич Нейматов БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЎТҚИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ (АДАБИЁТЛАР ТАХЛИЛИ)..... 77
- Акрам Юлдашев Юлдашев, Мукаддас Халтаевна Рахматова, Маргарита Владимировна Таринова, Умида Тахировна Нугманова, Дильшод Исакович Абдукаримов МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ..... 79

AMALIYOTDAGI HODISALAR **СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**

- Сайит Индиаминович Индиаминов, Обиджон Иргашович Махмудов, Равшан Алимбоевич Исмаилов, Сеймур Шукур оглы Гамидов СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ТРАВМОЙ В САЛОНЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕГКОВЫХ АВТОМОБИЛЕЙ (СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ) 82
- Хайдар Пазирович Камилов, Дильноза Уткуровна Арипова, Алия Кадирбаева СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА 85

AMALIY SHIFOKOR KONSPEKTI **КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА**..... 87

- ¹Гуззал Джамбуловна Азизова, ¹Динара Шукуриллаевна Азизова, ²Абдурашид Хамидович Аширметов. ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ..... 87
- Алишер Садикович Алимов, Фахриддин Хамидуллаевич Шамсиев, Окил Боходирович Азизов, Улугбек Журабоевич Карабаев ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИПЕРЕКИСНОЙ АКТИВНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА..... 89
- Суннатилло Амруллоевич Гаффаров, Акбар Аҳадович Саидов МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАР ОРАСИДА ТИШЛОВ АНОМАЛИЯЛАРИ ВА ЧАККА-ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ ПАТОЛОГИЯЛАРИНИ ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ 90

МУНДАРИЖА

Хайдар Пазилевич Камолов, Мурат Таишулатович Сафаров, Фируза Акмаловна Хусанбаева
ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ПЛАЗМОЛИФТИНГ УСУЛИНИ
ҚЎЛЛАШНИНГ БАЎЗИ ЖИХАТЛАРИ..... 94

Доно Миржамоловна Алимова ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКОЙ
АКТИВНОСТИ КЛЕТОК БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ..... 98

EXPERIMENTAL TADQIQOTLAR ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хамид Якубович Каримов, Лариса Ивановна Шевченко, Тимур Рауфович Алимов, Ольга
Викторовна Лубенцова ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ НОВОГО АМИНОКИСЛОТНОГО
ПРЕПАРАТА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ, СОСТОЯНИЕ
АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ БЕЛКОВОМ ГОЛОДАНИИ 102

Саиданвар Талатович Агзамходжаев, Зафар Бобирович Абдуллаев, Абдусаттор Ахадович Носиров,
Билим Алдмурадович Теребаев НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ «МИНИАТЮРНОЙ»
ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ..... 106

YUBILEYLAR

АКАДЕМИК ФЕРУЗ ГАФУРОВИЧ НАЗЫРОВ..... 111

XOTIRA

ХАМИД МАМАТКУЛОВИЧ МАМАТКУЛОВ (таваллудинг 80-йиллиги муносабати билан)..... 114

К 70-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА ТАХИРЖАНА ХАТАМОВИЧА КАЮМОВА..... 115

ПАМЯТИ САИД-КАРИМА АГЗАМОВА – УЧАСТНИКА ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ..... 116

DAVOLOVCHI SHIFOKORLAR VA DORIHONA ISHCHILARI DIQQATIGA 

ВНИМАНИЮ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ

Гульнора Саттаровна Рахимбаева, Шохида Рустамовна Газиева, Фахмиддин Хайриддинович Муратов

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Ташкентская медицинская академия

За последние десятилетия все чаще наблюдается рост распространенности сосудистых заболеваний, среди которых превалирует число острых нарушений мозгового кровообращения [2,8]. Ежегодно количество перенесенных инсультов во всем мире насчитывает около 15 млн., и в частности в России - более 450 тыс. В Узбекистане же, согласно данным, приведенным на организованной Ташкентской медицинской академией конференции по вопросам диагностики и лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности, - более 60 тыс. Инсульт занимает 2 место в структуре смертности населения, немного уступая лишь сердечнососудистой патологии. Наблюдается тенденция к увеличению распространенности инсульта у лиц трудоспособного возраста [8]. Согласно международным эпидемиологическим исследованиям (World Development Report), в мире ежегодно умирают от инсульта 4,7 млн. чел. [8,14]. В той же РФ ранняя летальность после инсульта составила 35%, в течение первого года умирают 50% больных [8,14]. В Узбекистане госпитальная летальность после инсульта составила 17,3%; при этом, инвалидность после инсульта - 83,8%. Сегодня он является главной причиной стойкой утраты трудоспособности. Большинство перенесших его не удовлетворено качеством своей дальнейшей жизни. Из выживших больных лишь 20% могут вернуться к прежней работе. Т.е. инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости [10].

Таким образом, учитывая высокие показатели смертности и инвалидизации среди выживших после инсульта пациентов, следует констатировать, к тому же, еще и огромный экономический и социальный ущерб от этого заболевания [3]. Суммарные затраты на лечение сердечнососудистых заболеваний в странах ЕС составляют 210 млн. Евро в год, 53% из них приходятся на прямые затраты [15]. В США на оказание медицинской помощи при инсультах приходится

4% всех расходов на здравоохранение, в Финляндии — 6,1%. Согласно расчетам экспертов Американской ассоциации сердца и инсульта (AHA/ASA), к 2030 г. медицинские расходы на инсульт в США возрастут в 2,5 раза и достигнут 183,13 млрд. долларов в год, а общие потери от инсульта увеличатся на 129% [16]. В России общий объем только прямых затрат на лечение больных с инсультом, из расчета 450 тыс. новых случаев в год, составляет 57,2 млрд. руб. в год. Стоимость лечения одного больного с инсультом в России, включая стационарное лечение, реабилитацию и вторичную профилактику, составляет 127 тыс. руб. в год. В Узбекистане стоимость на 100 тыс. случаев в перерасчете составляет эквивалент около 11,2 млрд. руб. в год, а лечение одного больного - 29,3 тыс. руб. в год. Поскольку терапия инсульта предусматривает лечение в стационаре, а ее продолжение - на амбулаторном этапе, существенная доля затрат на лекарственную терапию нередко ложится на плечи населения.

Наряду с применением специализированных лечебных технологий в сосудистых центрах, согласно стандартам, всем пациентам проводится нейропротективная терапия с целью уменьшения последствий гипоперфузии при ишемическом инсульте (ИИ) и перифокальных изменений при внутримозговых гематомах, реперфузионного повреждения при полиорганных нарушениях, применения реканализирующих технологий.

Сама по себе процедура лечения инсульта ассоциирована с высокими прямыми медицинскими, нематериальными и косвенными затратами, приводящими к значимым материальным потерям. Вопрос о рациональном использовании имеющихся финансовых ресурсов волновал и раньше, а в настоящее время наблюдается тенденция к постоянному увеличению расходов в системе здравоохранения [9]. Ни для кого не секрет, что расходы на медикаментозную терапию являются значительным ущербом для бюджета. При этом,

расходы на лекарственные препараты (ЛП), как основные средства терапии, постоянно увеличиваются с развитием медицинских и фармацевтических технологий и появлением более эффективных и дорогостоящих новых лекарств. В настоящее время существует множество этически правомерных и клинически приемлемых альтернативных способов фармакотерапии, которые различны по эффективности, безопасности, стоимости и влиянию на качество жизни пациентов [6]. При выборе оптимального ЛП целесообразно учитывать не только степень его клинической эффективности, но и степень его экономического преимущества перед другими препаратами [2]. И в данном аспекте сделать выбор ЛП более рациональным и эффективнее использовать выделяемые бюджетные средства помогает фармакоэкономический анализ [12].

Материалы и методы в различных исследованиях выбирались соответственно применяемым препаратам в данном регионе, при данной нозологии [13]. Объекты исследования: пациенты с ИИ.

В первом случае объектами изучения были выбраны 3 ЛП, являющиеся лидерами продаж в России за 2018 г. в натуральном выражении, в госпитальном и розничном сегменте, по данным DSM Group. В этом регионе наиболее часто назначаемыми препаратами оказались: Мексидол®, Актовегин® и Цитофлавин. Было принято решение об осуществлении непрямого сравнения, на основании которого проведен дальнейший фармакоэкономический анализ, в соответствии с методическими рекомендациями по проведению не прямых сравнений ФГБУ ЦЭКМП Минздрава России в 2017 г. [7].

На первом этапе были определены критерии включения и исключения рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) в не прямое сравнение. Критериями включения были выбраны:

- Сравнение эффективности препаратов в сочетании со стандартной терапией, по сравнению со стандартной терапией.

- Пациенты с исходно легкой степенью тяжести инсульта (среднее арифметическое (M) NIHSS <8 баллов).

- Проведение оценки состояния в ранний восстановительный период (1-6 мес. после инсульта).

Критериями не включения являлись:

- РКИ, изучающие эффективность ЛП при лечении других подтипов инсульта.

- Возраст пациентов моложе 40 и старше 80 лет.

- Сравнение эффективности терапии одного препарата с другим.

Обозначенным критериям соответствовали три исследования, по одному на каждый препарат.

Проведенными исследованиями получено следующее. Анализ «минимизации затрат» (CMA) представляет собой частный случай фармакоэкономического анализа, используемого при соблюдении условия идентичности значений показателей эффективности изученных препаратов. Математически результат анализа «минимизации затрат» выражается разностью совокупных затрат двух ЛП и рассчитывается по формуле:

$$CMA = Cost(1) - Cost(2);$$

где CMA — результат анализа «минимизации затрат», руб.; Cost(1), Cost(2) — соответственно, затраты на анализируемый и стандартный ЛП, руб.

Результаты CMA интерпретируются следующим образом: доминантным, с позиции проводимого анализа, является ЛП, на который затраты ниже. Как следует из формулы, для проведения CMA необходимо рассчитать затраты на терапию изучаемых ЛП отдельно. Суточная дозировка для каждой лекарственной формы была взята из РКИ. Расчет прямых затрат на лекарственную терапию проводили на один и тот же период: 10 дней внутривенного введения ЛП с последующим приемом таблеток в течение 25 дней. Источником цен для изучаемых препаратов являлись розничные цены Российского национального фармацевтического дистрибьютора «Катрен» arteka.ru, по состоянию на 11.03.2019.

Стоимость одного курса лекарственной терапии препарата Мексидол® минимальна. Экономия на нем наблюдается при оценивании, как суммарных затрат, так и отдельных составляющих. Парентеральная терапия препаратом экономнее на 66 и 9390 руб. терапии препаратами Цитофлавин и Актовегин®, соответственно, а пероральная — на 164 и 3481 руб. Экономия средств, по сравнению с препаратами Цитофлавин и Актовегин®, в общем, составляла 231 и 12872 руб. соответственно. На сэкономленные только от одного курса средства возможно дополнительно пролечить препаратом Мексидол® еще 5 пациентов. Оценить последствия от внедрения в клиническую практику новшеств в денежном выражении позволяет анализ влияния на бюджет. В настоящем исследовании анализ проводили с позиции системы здравоохранения для лечения ИИ по двум направлениям — текущее и будущее распределение средств. Данные направления предусматривают возможность регулировать долю пациентов на той или иной схеме терапии, а также в модели задать число больных. Базируясь на данных о распространенности ИИ, было установлено, что заболеваемость составляет 2,5 на 1 тыс. чел. в год. Таким образом, было получено число пациентов, переносящих ИИ в год, — 367201

больной [5,13]. Период анализа влияния на бюджет составил 1 год. При проведении анализа учитывали только затраты на фармакотерапию. Информация, предоставленная компанией DSM Group, служила источником текущего распределения долей препаратов на рынке. Основные направления включали 3 схемы терапии и отражали текущую ситуацию на рынке. В новом направлении была смоделирована ситуация увеличения доли Мексидола® на 10% и уменьшения долей альтернатив на 5%. В результате сравнения 3 альтернатив стало возможным определить, применение какого препарата сопровождается наименьшими затратами.

Суммарные затраты по анализу «влияния на бюджет» показали, что при текущем распределении пациентов по схемам лечения они составляют 1,99 млрд. руб. [13]. С увеличением на 10% доли пациентов, получающих Мексидол®, суммарные затраты составят 1,75 млрд. руб. На эти сэкономленные средства можно будет дополнительно провести лечение 85 тыс. пациентов. Несмотря на то, что увеличение на 10% доли пациентов, получающих Мексидол®, приводит к увеличению затрат на терапию на 104 млн. руб., общие затраты при таком распределении будут на 240 млн. меньше текущих (диагр.).

В пределах данного фармакоэкономического исследования был проведен анализ чувствительности, с целью определить степень устойчивости полученных результатов при изменении исходных параметров. Двухфакторный анализ чувствительности проводили по числу пациентов, включенных в модель, и стоимости 1 мг Мексидола®, изменяя исходные значения на величину от 10 до +10% и оценивая то, как скажутся изменения на результате СМА и анализе «влияния на бюджет». В ходе проведения анализа чувствительности было установлено, что результат СМА и анализа «влияния на бюджет» остается устойчивым [13].

Во втором случае, в Республике Казахстан, объектами изучения были тоже выбраны 3 ЛП, наиболее часто назначаемые при инсульте: Мексидол®, Актовегин® и Цитофлавин [4]. Критерии включения и исключения при РКИ были такими же, как при исследовании в России. Однако, источником цен на все препараты являлись средние цены трех аптечных сетей: «Europharma», «Биосфера» и «Садыхан». Цены были актуальны на 16.07.2019.

Результаты анализа «минимизации затрат» интерпретировались следующим образом: доминантным, с позиции проводимого анализа, является препарат, затраты на который ниже. На основании данных, фармакотерапия препаратом Мексидол® сопровождается наименьшими затратами и приводит к экономии средств. Экономия, по сравнению с Актовегином® и Цитофлавином®,

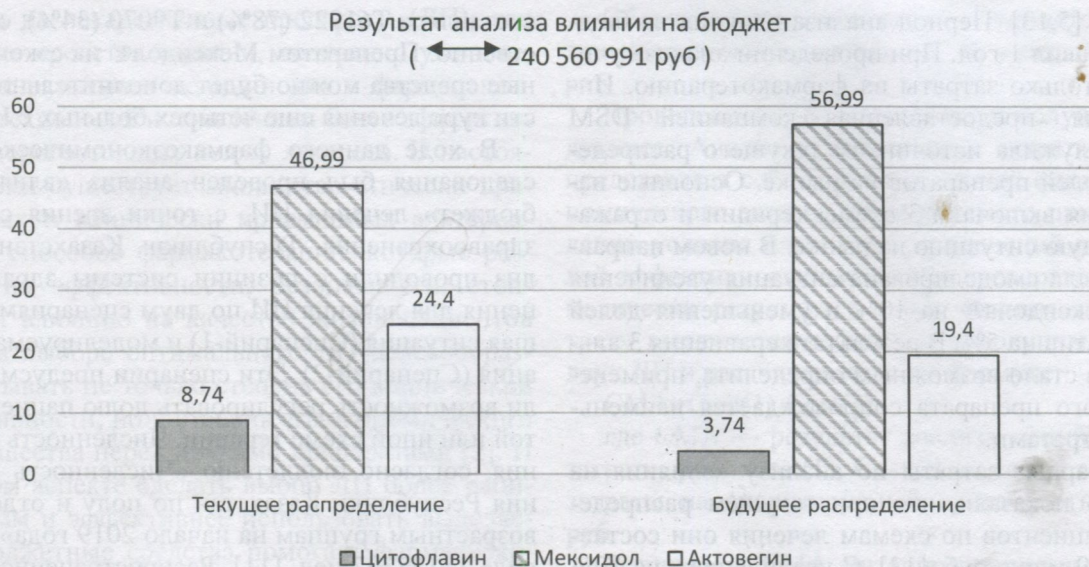
составляла Т61922 (78%) и Т9070 (34%), соответственно. Препаратом Мексидол® на сэкономленные средства можно будет дополнительно провести курс лечения еще четырех больных с ИИ [4].

В ходе данного фармакоэкономического исследования был проведен анализ «влияния на бюджет» лечения ИИ, с точки зрения системы здравоохранения Республики Казахстан. Анализ проводили с позиции системы здравоохранения для лечения ИИ по двум сценариям - текущая ситуация (Сценарий-1) и моделируемая ситуация (Сценарий-2). Эти сценарии предусматривали возможность регулировать долю пациентов на той или иной схеме терапии. Численность населения, согласно бюллетеню «Численность населения Республики Казахстан по полу и отдельным возрастным группам на начало 2019 года», составила 18157337 чел. [11]. Распространенность ИИ была смоделирована на уровне 2,5 на 1 тыс. чел. в год [1]. Таким образом, было получено количество пациентов, переносящих ИИ в год - 45393. Временной горизонт анализа «влияния на бюджет» составил 1 год. При проведении анализа учитывали только затраты на фармакотерапию.

Предположили, что в текущей ситуации 100% пациентов были поровну распределены между тремя схемами лечения. В новом сценарии была смоделирована ситуация увеличения доли препарата Мексидол® до 50% и уменьшения долей альтернатив до 25%. Анализ «влияния на бюджет» показал, что суммарные затраты при текущем распределении пациентов по схемам лечения составляют 1,86 млрд. тенге. При увеличении доли пациентов, получающих препарат Мексидол®, до 50% суммарные затраты составят 1,59 млрд. тенге. Препаратом Мексидол® можно будет на сэкономленные 268525914 тенге провести лечение дополнительно 15555 пациентов с ИИ.

Исследования и полученные данные двух ключевых методов фармакоэкономического анализа - «влияния на бюджет» и минимизации затрат в двух странах (России и Казахстане) - показали, что применение препарата Мексидол® является экономически выгодным, поскольку при выборе этой технологии отмечается явная экономия затрат. Баланс, с точки зрения клинической эффективности Мексидола® и экономической целесообразности, может существенно улучшить исход инсульта [4,13].

Далее необходимо отметить, что Указом Министерства здравоохранения и социального развития РФ Мексидол® утвержден в стандарте медицинской помощи больным с инсультом (Приказ №1740н от 29 декабря 2012 г.), в стандарте к комплектации ЛС и ИМН укладки выездной бригады скорой медицинской помощи (Приказ №549н от 7 августа 2013 г.), включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших ЛС в РФ (Распоряжение Правительства РФ №2406-р от 12.10.2019).



Диаграмма

Стоимость базовой терапии с введением Мексидола® возрастает на 24,15\$ (примерно, на 8,5-12,1%), однако удельные затраты из расчета на 1 случай положительного исхода снизились почти на 2\$. Таким образом, эффективность удельных затрат увеличилась почти в 1,8 раза. Экономический эффект от внедрения Мексидола® в клиническую практику в 2,3 раза превышает затраты на его приобретение. Длительность лечения при включении Мексидола® в базисную терапию уменьшалась на 7-9 дней, что позволяло экономить на каждом больном от 40,4 до 55,3\$.

Обзор отечественной и зарубежной литературы показывает, что за последние десятилетия увеличилось количество работ по фармакоэкономике используемых препаратов, в частности при ИИ. Фармакоэкономический анализ позволяет выя-

вить более целесообразные препараты именно с точки зрения соотношения эффективности препаратов с понесенными на их закупку затратами. Проведенные в ряде стран СНГ, в частности в России и Казахстане, фармакоэкономические исследования препаратов, наиболее часто используемых в лечении ИИ, показали фармакоэкономическое преимущество препарата Мексидол® относительно других церебропротекторов - Актовегина® и Цитофлавина, при равной их эффективности. Следовательно, есть необходимость проведения таких исследований и в других странах, для сравнения и возможного подтверждения преимуществ Мексидола® по отношению к другим церебропротекторам, с точки зрения фармакоэкономики.

Литература

1. Акшулаков С.К., Адильбеков Е.Б., Ахметжанова З.Б., Медуханова С.Г. Организация и состояние инсультной службы Республики Казахстан по итогам 2016 года. *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. 2018; 1(50): 31-36.
2. Довгун С.С. Автореф. дис...к.м.н. Фармакоэкономический анализ применения ноотропных препаратов при остром нарушении мозгового кровообращения. Тверь, 2012: 19.
3. Инсульт: современные технологии диагностики и лечения. Руководство для врачей. Под ред. М.А.Пирадова, М.М.Танашян, М.Ю.Максимовой. М.: МЕДпресс-информ. 2018.
4. Куликов А.Ю. с соавт. Фармакоэкономическая оценка применения нейропротекторов при лечении ишемического инсульта в Республике Казахстан. *Человек и лекарство*. 2019; 9(120): 20-26.
5. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. Утверждены решением Президиума Всероссийского общества неврологов 17.02.15. www.gosminzdrav.ru, раздел Федеральная электронная медицинская библиотека.
6. Неврология: национальное руководство Текст. Под ред. Е.И.Гусева с соавт. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010: 1040.
7. Омеляновский В.В. Методические рекомендации по проведению непрямых сравнений лекарственных препаратов ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России. 2017.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга».
9. Современные концепции нейроцитопротекторной терапии. Текст. О.А. Гомазков с соавт. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*: 2011; 12(2): 58-63.
10. Танашян М.М. с соавт. Современные подходы к лечению больных с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга. *Атмосфера. Нервные болезни*. 2010; 4: 19-22.
11. Численность населения Республики Казахстан по полу и отдельным возрастным группам на начало 2019 года. http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/home Numbers Population.
12. Ючино К. Острый инсульт. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010: 280.
13. Ягудина Р.И. с соавт. Фармакоэкономический анализ нейропротекторов, применяемых в терапии ишемического инсульта. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 2019; 119(7): 74-82.
14. Cerebrolysin in Mild-to-Moderate Alzheimer's Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. Gauthier S.et al. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 39: 332-347.
15. European Cardiovascular Disease Statistics 2017 <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>.
16. Ovbiagele B., Goldstein L.B., Higashida R.T., Howard V.J., Johnston S.C., Khav-jou O.A. Forecasting the future of stroke in the United States: a policy statement from the American heart association and American stroke association. *Stroke*. 2013; 44(8): 2361-2375.