

УДК 616.517-08:615.262:615.07

А.Б. МУКАНОВА, А.Р. ШОПАБАЕВА, Н.Т. ИСАТАЕВА, К.С. ЖАКИПБЕКОВ, Г.Г. СМЕТОВА
 Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА



Муканова А.Б.

Фармакоэкономика является сравнительно новым направлением, изучающим отношение медицинских затрат и эффективности, безопасности и качества жизни пациентов при использовании выбора одной из двух или нескольких возможностей схем лечения различных заболеваний. Нами в данном случае проведены фармакоэкономические исследования псориаза. Так как псориаз является многофакторным заболеванием, в основе развития которого лежит дисрегуляция иммунной системы.

Ключевые слова: фармация, фармакоэкономика, дерматология, маркетинговый анализ, псориаз, статистика.

В последние годы, с активным развитием дерматологической отрасли, вопреки существующему конформизму находят применение новые технологии и методики лечения псориаза, а врачи приходят к новому пониманию заболевания. Псориаз является многофакторным заболеванием, в основе развития которого лежит дисрегуляция иммунной системы. При псориазе средней и тяжелой степени достоверно чаще развивается различная сопутствующая патология. В патогенезе псориаза и многих сопутствующих ему заболеваний имеются общие механизмы. Доказана связь псориаза и следующей патологии:

- заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит);
- злокачественные опухоли (лимфома);
- метаболический синдром (артериальная гипертензия, ожирение, инсулинорезистентность, сахарный диабет, дислипидемия);
- поражение глаз (увеит, склерит);
- заболевания психики (депрессия);
- нарушение общего самочувствия (слабость и др.) [1].

Первостепенной задачей в этой ситуации является эффективное сотрудничество врачей-дерматовенерологов со специалистами смежных специальностей: аллергологами, гастроэнтерологами, эндокринологами, педиатрами, онкологами и др. Такое сотрудничество эффективно, в частности, у пациентов с псориазом. Хроническое течение, частые рецидивы, короткие периоды ремиссий, психоэмоциональная дезадаптация позволяют рассматривать эту проблему не только как медицинскую, но и социальную.

К сожалению, в Казахстане псориаз воспринимается как чисто кожное заболевание, сопутствующая же патология не расценивается как его проявления (к примеру, долгое время может оставаться не диагностированным псориатический артрит). Необходимо донести информацию, что псориаз следует рассматривать как некое пожизненное состояние, с которым можно и следует научиться жить.

Очень важно определить тяжесть клинического течения псориаза для адекватного выбора терапии и конкретного метода лечения, четкого понимания цели терапии и мониторинга клинического эффекта, а также назначения лечения с учетом сопутствующей патологии. Псориаз нередко проявляется уже в детском возрасте. Так, около 14% пациентов заболевают в возрасте до 9 лет, а в большинстве случаев дебют заболевания приходится на период 5–15 лет. Таким образом, вопросы лечения псориаза в детском возрасте чрезвычайно актуальны. Учитывая распространенность, социальную значимость этой патологии, с одной стороны, и пессимизм врачей и пациентов в отношении существующих схем лечения – с другой, огромное значение имеет внедрение в клиническую практику новых действенных методик. Псориаз – системное заболевание, при котором поражается не только кожа, но и эндокринные органы, сердечно-сосудистая система, почки, суставы. При несвоевременном начале терапии заболевание может приводить к инвалидизации больного.

Целью данной работы является проведение анализа протокола диагностики и лечения псориаза для фармакоэкономического исследования.

Фармакоэкономические исследования, как инструмент принятия решений в области здравоохранения, находят все

Контакты: Муканова Арайлым Бейбитовна, магистрант 1 года обучения по специальности «6М110400-Фармация», Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел.: +7 707 679 77 12, e-mail: rai_m93@mail.ru

Contacts: Arailym Beybitovna Mukanova, graduate student 1 years of training in the specialty "6M110400-Pharmacy", Kazakh national medical university n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph.: +7 707 679 77 12, e-mail: rai_m93@mail.ru

более широкое применение в Казахстане. Так, присутствие в досье фармакоэкономической оценки использования лекарственного средства является обязательным, законодательно закрепленным, условием при подаче документов на внесение данного лекарственного средства в возмещаемые государством списки. Современная практика проведения фармакоэкономических исследований включает создание интерактивных фармакоэкономических моделей. Необходимо отметить разнообразие фармакоэкономических моделей в зависимости от используемых фармакоэкономических методов, методов учета затрат и других факторов. Таким образом, фармакоэкономические модели могут представлять собой сложноустроенные интеллектуальные продукты, требующие от конечного потребителя, в зависимости от уровня конкретной фармакоэкономической модели, глубокого понимания науки фармакоэкономики [2, 4].

Вместе с тем, фармакоэкономическое образования в Казахстане пока можно охарактеризовать как спорадическое, системные, комплексные образовательные программы по фармакоэкономике находятся на этапе раннего развития. Учитывая приведенные выше факты, в Казахстане возникает проблема конкретного использования сотрудниками области здравоохранения фармакоэкономических моделей, как критическое условие принятия оптимальных решений по политике здравоохранения фармакоэкономических моделей и как критическое условие принятия оптимальных решений по политике здравоохранения на разных уровнях. Одним из решений обозначенной проблемы, наряду с внедрением специальных образовательных программ повышения квалификации, является создание методических рекомендаций по использованию фармакоэкономических моделей в условиях здравоохранения Республики Казахстан [7, 9].

Псориаз – это заболевание кожи, при котором появляются красные шелушащиеся пятна, покрытые серебристыми чешуйками, вызывающие зуд. Псориаз не является инфекционным заболеванием. Даже легкая форма псориаза может вызывать серьезные психологические проблемы: низкую самооценку, чувство стыда и социальную изоляцию [8].

В Казахстане пик этой болезни наблюдался в 2006 году, в среднем на 100 человек – 47,2; ежегодно 150-200 тыс. человек регистрируются с этим диагнозом.

На рисунке 1 показано состояние псориаза в Республике Казахстан: за последние 5 лет число заболевших псориазом уменьшается (рис. 1). В 2010 году данный показатель составил 7805 человек, в 2011 году – 7301, в 2012 году он был равен 7698, а в 2013 году число заболевших данным заболеванием уменьшилось до 6554 человек, и 2014 году было зарегистрировано 5468 человек. Несмотря на то, что этот показатель снижается, необходимо помнить, что псориаз болезнь хроническая, и с этой патологией больной живет всю жизнь. Больные псориазом не хотят регистрироваться и занимаются самолечением, тем самым продлевают ремиссию болезни.

По Алматинской области пик этой болезни среди мужчин приходится на 2015 год, то есть 199 человек. И для жен-

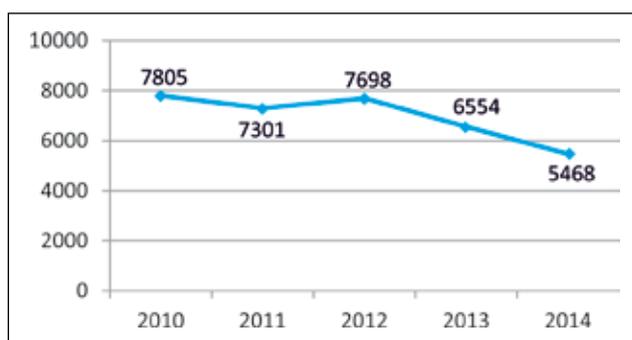


Рисунок 1 – Количество человек, болеющих псориазом в РК на 2010-2014 гг.

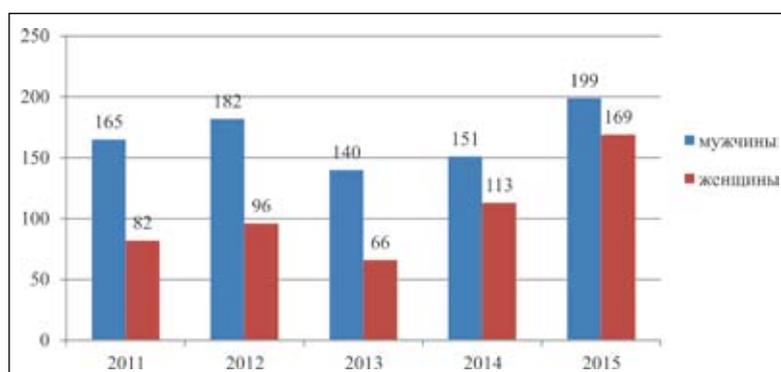


Рисунок 2 – Количество человек болеющих псориазом в Алматинской области в 2011-2015 гг.

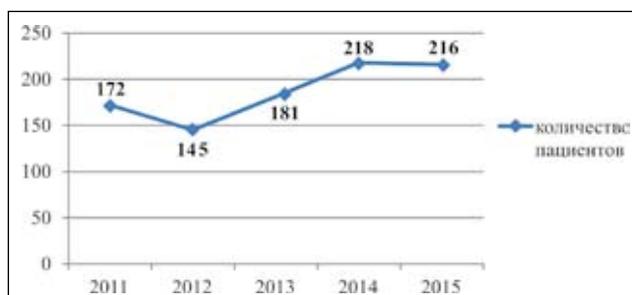


Рисунок 3 – Количество пациентов, заболевших псориазом, в Алматинском областном кожно-венерологическом диспансере в 2011-2015 гг.

щин данный год являлся пиковым – 169 женщин, больных псориазом (рис. 2). То есть, число заболевших псориазом по Алматинской области от общего количества составляет 3-4%. С 2011 года количество случаев этой болезни по области увеличилось на 1,48%.

Главным лечебным учреждением по лечению псориаза по Алматинской области является Алматинский областной кожно-венерологический диспансер. В этом учреждении находятся 216 больных по состоянию на 2015 год (рис. 3).

Для лечения псориаза в Республике Казахстан используется клинический протокол диагностики и лечения псориаза. Данный протокол лечения утверждён протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения №18 Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 19 сентября 2013 года. Данный протокол содержит определения

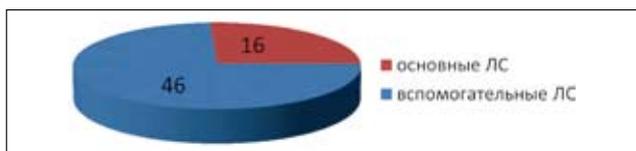


Рисунок 4 – Группы препаратов, рекомендованных протоколом лечения

исследуемых нозологий, клиническую классификацию, показания к госпитализации, перечень диагностических мероприятий, диагностические критерии (физикальные обследования, лабораторные исследования, дифференциальный диагноз), цель исследования, тактика исследования и перечень лекарственных препаратов.

Все препараты разделены в две группы: первая группа – основные лекарственные средства (обязательные, вероятность 100%), вторая группа – дополнительные лекарственные средства (вероятность менее 100%). В основном списке 16 наименований, а в дополнительном списке всего 46 наименований [3].

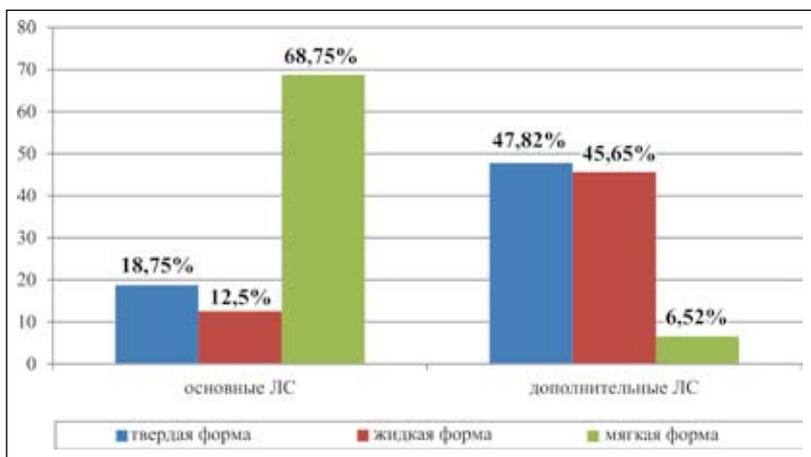


Рисунок 5 – Соотношение лекарственных форм в протоколе лечения псориаза

Как показано на рисунке 5, в основном списке лекарственных средств, используемых для лечения псориаза, большую часть занимают мягкие формы (мазь, крем, гель) – 68,75%. А в дополнительном списке мягких форм всего 6,52%. В основном списке лекарственных средств, используемых при псориазе есть 4 основные фармакологические группы: иммуносупрессивные средства, включая антицитокиновые средства (метотрексат, циклоспорин, инфликсимаб, устекинумаб), наружная терапия, ингибиторы кальциневрина (такролимус), препараты цинка (пиритон цинк активированный). И в наружной терапии есть несколько групп, к примеру, производные витамина Д₃ (кальцитриол), глюкокортикостероидные мази (клобетазола пропионат, бетаметазон, метилпреднизолона ацепонат, флуоцинолона фцетонид, триамцинолон, дексаметазон, гидрокортизон). Все эти препараты в обязательном порядке используются для лечения псориаза, потому что они оказывают 100%-й эффект. А препараты дополнительного списка комбинируются с вышеуказанными лекарственными средствами. Их эффект менее 100%. Они тоже из различных фармакологических групп: антигистаминные препараты (цетиризин,

хлоропирамин, дифенгидрамин, лоратадин, клемастин), седативные препараты (экстракт валерианы), сорбенты (диоктаэдрический смектит, уголь активированный), десенсибилизирующие препараты (тиосульфат натрия, кальций глюконат), витамины (ретинол, тиамин, пиридоксин, токоферол, цианокоболамин, фолиевая кислота, витамин С), препараты, улучшающие периферическое кровообращение (пентоксифиллин, депротенинизированный гемодервит), средства, способствующие восстановлению микробиологического баланса кишечника (порошок Лебенин, лиофилизированные бактерии), гепатопротекторы (адemetионин, экстракт дымянки и расторопши, эссенциальные фосфолипиды, урзодезоксихолевая кислота), иммуномодуляторы (левамизол жидкий экстракт), биогенные стимуляторы (фибс), корнеопротекторы.

Таким образом, нами проведен сравнительный анализ протокола диагностики и лечения псориаза. В результате нами определена необходимость унифицированного подхода к терапии псориаза, основанного на доказательствах.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Данная статья выполнена в рамках внутривузовского (КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова) гранта на тему: «Фармакоэкономические исследования рынка лекарственных средств, используемых в дерматологии в стационарных условиях (на примере псориаза)».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Kharchenko T.B. Psoriasis in Ukraine: modern approaches to solving the problem. Materials of scientific conference 2012-10-01. – Ukraine.
- 2 Yagudina R.I., Serpik V.G. Relevance of guidelines on the use of pharmacoeconomic models in the health conditions of the Russian Federation. Materials of scientific conference.
- 3 Протокол заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения №18 МЗ РК от 19 сентября 2013 года.
- 4 Key indicators of the CIS pharmaceutical markets. The retail market of antifungal drugs for systemic use (D01B + J02A) // Remedium. – 2005. – No 9. – P. 74-77
- 5 Lamotkin I.A. Current antifungal agents // New Pharmacy. – 2007. – No 6. – P. 20-23
- 6 Outdoor therapy limited forms of psoriasis // Wedge, dermatology and venereology. – 2008. – No 2. – P. 43-44
- 7 Patlatenko A.S. Marketing researches of medicinal main-

tenance of patients with sexually transmitted diseases at the regional level (in the example of the Tyumen region.): 15.00.01. Diss. Doc. Med. Sci. – Tiumen, 2006. – P. 20

8 Psoriasis. Vidal-medical encyclopedia-dermatology. <http://www.vidal.ru>

9 Sokolovskii E.V. Dermatology. – M.: Academy, 2005. – 528 p.

10 Yagudina R.I. Pharmacoeconomic analysis of the practice of national healthcare // Quality use of medicines and pharmacovigilance. – Kazan, 2005. – P. 110-111

11 Bos J.D. Psoriasis, innateimmunity, andgenepools // J. Am. Acad. Dermatol. 2007. – Vol. 5.6, No 3. – P. 468-471

12 Gaspari A.A. Innate and adaptive immunity and the pathophysiology of psoriasis // J. Am. Acad. Dermatol. 2006. – Vol. 54, №3 (Suppl. 2). – P. 6780

13 Kimball A.B., Jakobson C., Weiss S. Psoriasis epidemiology and clinical spectrum // Am. J. Clin. Dermatol. – 2005. – Vol. 6. – No 6. – P. 383-392

14 Laksman Z., Detsky A.S. Personalized Medicine: Understanding Probabilities and Managing Expectations // Journal of General Internal Medicine. – 2011. – Vol. 26(2). – P. 204-206

15 Mc Leod H.L. Pharmacogenetic analysis of clinically relevant genetic polymorphisms // Clinical Infection Disease. – 2005. – Vol. 41 (Suppl. 7). – P. 449-452

16 Frueh F.W., Amur S., Mummaneni P. et al. Pharmacogenomic biomarker information in drug labels approved by the United States Food and Drug Administration: prevalence of related drug use // Pharmacotherapy. –2008. – Vol. 28. – P. 992-998

REFERENCES

1 Kharchenko TB. Psoriasis in Ukraine: modern approaches to solving the problem. Materials of scientific conference 2012-10-01. Ukraine.

2 Yagudina RI, Serpik VG. Relevance of guidelines on the use of Pharmacoeconomic models in the health conditions of the Russian Federation. Materials of scientific conference.

3 *Protokol zasedaniya ekspertnoi komissii po voprosam razvitiya zdravookhraneniya №18 MZ RK ot 19 sentyabrya 2013 goda* [Minutes of the meeting of the Expert Committee on Health Development №18 MoH on September 19, 2013]

4 Key indicators of the CIS pharmaceutical markets. The retail market of antifungal drugs for systemic use (D01B + J02A). *Remedium*. 2005;9:74-7

5 Lamotkin IA. Current antifungal agents. *New Pharmacy*. 2007;6:20-3

6 Outdoor therapy limited forms of psoriasis. *Wedge, dermatology and venereology*. 2008;2:43-4

7 Patlatenko AS. Marketing researches of medicinal maintenance of patients with sexually transmitted diseases at the regional level (in the example of the Tyumen region.): 15.00.01. Diss. ... Doc. Med. Sci. Tiumen, 2006. P. 20

8 Psoriasis. Vidal-medical encyclopedia-dermatology. Available from: <http://www.vidal.ru>

9 Sokolovskii EV. Dermatology. – M.: Academy, 2005. P. 528

10 Yagudina RI. Pharmacoeconomic analysis of the practice of national healthcare. *Quality use of medicines and pharmacovigilance*. Kazan, 2005. P. 110-1

11 Bos JD. Psoriasis, innateimmunity, andgenepools. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2007;5.6(3):468-71

12 Gaspari AA. Innate and adaptive immunity and the pathophysiology of psoriasis. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2006;54;3(2):6780

13 Kimball AB, Jakobson C, Weiss S. Psoriasis epidemiology and clinical spectrum. *Am. J. Clin. Dermatol*.2005;6(6):383-92

14 Laksman Z, Detsky AS. Personalized Medicine: Understanding Probabilities and Managing Expectations. *Journal of General Internal Medicine*. 2011;26(2):204-6

15 Mc Leod HL. Pharmacogenetic analysis of clinically relevant genetic polymorphisms. *Clinical Infection Disease*. 2005;41(7):449-52

16 Frueh FW, Amur S, Mummaneni P. et al. Pharmacogenomic biomarker information in drug labels approved by the United States Food and Drug Administration: prevalence of related drug use. *Pharmacotherapy*. 2008;28:992-8

ТҰЖЫРЫМ

А.Б. МҰҚАНОВА, А.Р. ШОПАБАЕВА, Н.Т. ИСАТАЕВА, К.С. ЖАҚЫПБЕКОВ, Г.Г. СМЕТОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ФАРМАКОЭКОНОМИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ ПСОРИАЗ АУРУЫН ЕМДЕУДІҢ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ПРОТОКОЛЫНЫҢ НЕГІЗДЕМЕСІ РЕТІНДЕ

Фармакоэкономика медициналық шығын мен тиімділік арасындағы қарым-қатынасты, әр түрлі аурулардан бір немесе бірнеше емдеу сызбанұсқасын таңдауда пациенттердің өмір сапасы мен қауіпсіздігін зерттейтін салыстырмалы түрде жаңа бағыт болып табылады. Біздің жағдайда фармакоэкономикалық зерттеулер псориаз ауруына байланысты жүргізілді. Себебі, псориаз дамуы негізінде иммундық жүйенің дисрегуляциясы болатын көп факторлы ауру болып табылады.

Негізгі сөздер: фармация, фармакоэкономика, дерматология, маркетингтік анализ, псориаз, статистика.

SUMMARY

A.B. MUKANOVA, A.R. SHOPABAYEVA, N.T. ISATAYEVA, K.S. ZHAKIPBEKOV, G.G. SMETOVA

Kazakh national medical university n.a.S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

PHARMACOECONOMIC STUDY AS SUBSTANTIATION OF THE CLINICAL PROTOCOL OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PSORIASIS

Pharmacoeconomics is a relatively new trend, which studies the attitude of medical cost-effectiveness, security and quality of life of patients by using the choice of one of two or more treatment options schemes of various diseases. We have in this case is conducted pharmacoeconomic studies of psoriasis. Since psoriasis is a multifactorial disease, which is based on the development of the immune system dysregulation..

Key words: pharmacy, pharmacoeconomics, dermatology, marketing analysis, psoriasis, stats.

Для ссылки: Муканова А.Б., Шопабеева А.Р., Истаева Н.Т., Жакипбеков К.С., Сметова Г.Г. Фармакоэкономические исследования как обоснование клинического протокола диагностики и лечения псориаза // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 6 (168). – P. 98-101

Статья поступила в редакцию 26.04.2016 г.

Статья принята в печать 16.06.2016 г.