

Міністерство охорони здоров'я України
Одеський національний медичний університет

На правах рукопису

ВИШНИЦЬКА ІРИНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 615.243:616.33/342-002]-053.2:614.2

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ
НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ**

15.00.01 – технологія ліків, організація фармацевтичної справи
та судова фармація

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
кандидата фармацевтичних наук

Науковий керівник:
Трохимчук Віктор Васильович,
доктор фармацевтичних наук,
професор, заслужений
працівник освіти України

Одеса –2015

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	15
1.1 Дослідження науково–практичних аспектів захворюваності й фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт та їх ускладнень в Україні та країнах світу.....	15
1.2 Організація надання стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю	23
1.3 Сучасні підходи та методи обґрунтування медикаментозного забезпечення хворих дітей за умов впровадження медичного страхування в Україні та країнах світу.....	39
1.1 Висновки до розділу 1.....	49
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ ДИСЕРТАЦІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	50
2.1 Наукове обґрунтування напрямків та об’єктів дослідження.....	50
2.2 Загальна методика та методи проведення дисертаційних досліджень.....	53
РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	65
3.1 Визначення основних класів захворювань населення на гастрит і дуоденіт.....	65
3.2 Дослідження основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт.....	74
3.3 Маркетинг-аналіз вітчизняного ринку лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт.....	82

3.4	Висновки до розділу 3.....	93
РОЗДІЛ 4 ФАРМАКОЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ		
ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГАСТРИТ І		
ДУОДЕНІТ.....		
		95
4.1	Обґрунтування вибору методу фармакоекономічного аналізу.....	95
4.2	Клініко-економічний аналіз фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт.....	102
4.3	Фармакоекономічний аналіз основних схем фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт.....	112
4.4	Висновки до розділу 4.....	124
РОЗДІЛ 5 АВТОМАТИЗАЦІЯ СТВОРЕННЯ ЛОКАЛЬНИХ		
ФОРМУЛЯРНИХ ПЕРЕЛІКІВ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ		
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ.....		
		126
5.1	Експертне дослідження ефективності, безпечності та доступності лікарських препаратів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт.....	126
5.2	Розробка комп'ютерної автоматизованої бази даних лікарських засобів для педіатрії.....	135
5.3	Локальний Формулярний перелік лікарських засобів для хворих дітей на гастрит і дуоденіт.....	142
5.4	Висновки до розділу 5.....	149
ВИСНОВКИ.....		151
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....		154
ДОДАТКИ.....		177

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БД	–	база даних
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДМ	–	доказова медицина
ДФ	–	Державний формуляр
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
ІАС «ФЕС»	–	інформаційно-аналітична система «Фармексперт-Сервіс»
ІПП	–	інгібітори протонної помпи
КЕА	–	клініко-економічний аналіз
ЛЗ	–	лікарський засіб
ЛП	–	лікарський препарат
ЛПЗ	–	лікувально-профілактичний заклад
ЛФ	–	лікарська форма
МЕ	–	мікроелементи
МС	–	медичне страхування
МКХ	–	міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
ОЛЗ	–	основні лікарські засоби
ООН	–	Організація об'єднаних націй
РШ	–	рак шлунку
СО	–	слизова оболонка
ФЕА	–	фармакоеконічний аналіз
ФП	–	формулярний перелік
ФС	–	формулярна система
ФТ	–	фармакотерапія
ХАГ	–	хронічний атрофічний гастрит
ХГ	–	хронічний гастрит

ХГД	–	хронічний гастродуоденіт
ХГДП	–	хронічна гастродуоденальна патологія
ЯЖ	–	якість життя
АТС	–	Anatomical Therapeutic Chemical Classification System – анатомо-терапевтично-хімічна класифікація
<i>H. pylori</i>	–	<i>Helicobacter pylori</i>
INN	–	International Nonproprietary Name – міжнародна непатентована назва

ВСТУП

Актуальність теми. Збереженню здоров'я дітей надається важливе значення у програмі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті», українських державних програмах «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., «Здорова дитина» на 2008–2017 рр. та ін. У структурі захворюваності дітей захворювання органів травлення становлять 3,5% і входять у десятку найбільш поширених захворювань. Хронічні захворювання травної системи у дітей – це серйозна проблема педіатрії всього світу. Удосконалення організації і підвищення якості медичної і фармацевтичної допомоги даній категорії хворих є актуальним завданням закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Аналіз наукових досліджень та публікацій за останні десятиріччя показав, що над проблемою раціональної фармакотерапії працюють науковці всіх рівнів більшості країн світу. Адже медична складова збереження здоров'я в ранньому дитинстві має більш значний вплив, ніж у наступні життєві періоди. Здоров'я у дитячому віці визначає стан здоров'я протягом усього життя людини та наступних поколінь. На ефективність процесу лікування хворої дитини впливає наявність в аптечній мережі та стаціонарах дитячих лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) лікарських засобів (ЛЗ), що застосовуються в педіатрії.

Різним напрямкам досліджень стосовно організації надання ефективної медичної допомоги й фармацевтичного забезпечення населення ЛЗ приділялась увага багатьох вітчизняних учених Д. С. Волоха, О. М. Заліської, З. М. Мнушко, А. С. Немченко, М. С. Пономаренка, В. М. Толочка, О. П. Шматенка, Л. В. Яковлевої та ін. Роботи Н. О. Пузак (1993), Г. Ю. Яцкової (1996), Ю. В. Майнич (2010) присвячені відповідно маркетинговим аспектам лікарських засобів для дитячої гастроентерології, фармацевтичній складовій лікарського забезпечення дітей, оптимізації лікарського забезпечення дітей при поширених інфекційних захворюваннях. Однак комплексних організаційно-економічних та фармакоеконімічних досліджень, присвячених оптимізації лікарського

забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт в Україні не проводилось.

Все це свідчить про актуальність теми дисертаційного дослідження для вітчизняної охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Одеського національного медичного університету за темою «Організація і економіка фармацевтичної справи» (номер державної реєстрації 0111U010170) та проблемної комісії «Фармація» МОЗ та НАМН України (протокол № 74 від 22.02.2012 р.).

Мета та завдання дослідження. Мета дисертаційної роботи полягала у розробці науково-практичних підходів щодо удосконалення лікарського забезпечення дітей хворих на гастрит і дуоденіт в умовах спеціалізованих стаціонарів шляхом оптимізації асортименту ЛЗ для лікувально-профілактичних закладів із використанням автоматизованих процесів фармакоеконімічних досліджень.

Для досягнення поставленої мети вирішувались наступні завдання:

- дослідження науково-практичних аспектів захворюваності та сучасного стану забезпечення ЛЗ хворих дітей на гастрит і дуоденіт в Україні та країнах світу;
- вивчення та аналіз системи спеціалізованої медичної та фармацевтичної допомоги дітям у південному регіоні України;
- проведення маркетингових досліджень вітчизняного фармацевтичного ринку лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт;
- дослідження асортименту ЛЗ для забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт в амбулаторних та стаціонарних умовах за допомогою методу експертних оцінок шляхом анкетування лікарів;
- опрацювання та створення оптимального асортименту препаратів для забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт на підставі клініко-економічного аналізу лікарських призначень;

- проведення фармакоекономічного аналізу основних схем фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, за допомогою інформаційно-аналітичної комп'ютерної системи;

- підготовка методичних рекомендацій з оцінки економічних витрат при гастритах і дуоденітах для оптимізації роботи профільних закладів охорони здоров'я;

- створення переліку рекомендованих груп ЛЗ для подальшого формування локальних формулярних і страхових переліків ЛЗ для лікувально-профілактичних закладів ЛЗ для хворих дітей на гастрит і дуоденіт.

Об'єктами дослідження - теоретичні та науково-практичні аспекти організаційно-економічного удосконалення лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт у сучасних умовах запровадження страхової охорони здоров'я і фармації.

Предмет дослідження - були обрані дані щодо захворюваності дітей на гастрит і дуоденіт згідно з МКХ-10 (клас К.29); інформація про ЛЗ, які застосовуються для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт; листки призначень з історій хвороб; теоретичний арсенал ЛЗ; анкети експертних оцінок лікарів-педіатрів лікувально-профілактичних закладів Миколаївської, Одеської, Херсонської областей ефективності, безпечності, частоти та перспективності використання ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт; довідники про профільні ЛЗ; стандарти (протоколи) діагностики і лікування; релевантні публікації періодичних видань та сайти ООН, ВООЗ тощо з питань медицини та фармації в мережі Internet; нормативні і законодавчі документи; офіційні дані Державного експертного центру МОЗ України про реєстрацію ЛЗ, прайс-листи провідних оптових фармацевтичних фірм, представлені в програмному комплексі «Аптека».

Методи дослідження. При проведенні досліджень використані методи: ретроспективний, історичний, логічний, нормативно-правовий, системний, аналітичний – для оцінки стану та визначення проблеми забезпечення дітей ЛЗ; економіко-статистичний, графічний аналіз – для оцінки стану захворюваності

дітей; маркетингового аналізу – вивчення фармацевтичного ринку ЛЗ для лікування гастриту і дуоденіту в Україні; АВС-, VEN-, частотний аналіз – оцінка ефективності призначень ЛЗ в стаціонарних умовах; методи «вартість-ефективність» та «мінімізація вартості» фармакоеконічного аналізу – для визначення оптимальних схем лікування хворих дітей; експертних оцінок, анкетного опитування, безпосереднього спостереження – для оцінки ефективності препаратів та призначень їх лікарями-педіатрами; моделювання, інформаційний аналіз – для формування локальних формулярів і страхових переліків ЛЗ.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні комплексних дисертаційних досліджень щодо удосконалення забезпечення ЛЗ хворих дітей на гастрит і дуоденіт з урахуванням стандартизації схем лікування, епідеміологічних, економічних показників та стану фармацевтичного ринку ЛЗ.

Вперше:

- проведені дослідження науково-практичних аспектів захворюваності та сучасного стану забезпечення ЛЗ хворих дітей на гастрит і дуоденіт в Україні;
- встановлені закономірності динаміки теоретичного арсеналу ЛЗ з використанням Державного формуляру ЛЗ різних видань;
- опрацьований оптимальний асортимент препаратів для забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт на підставі частотного, АВС-, VEN-аналізів лікарських призначень;
- відпрацьована методика фармакоеконічних досліджень та на її основі проведено аналіз основних схем фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт;
- опрацьовано перелік рекомендованих груп ЛЗ, розроблено рекомендації щодо створення локальних формулярних і страхових переліків ЛЗ для лікувально-профілактичних закладів для хворих дітей на гастрит і дуоденіт з метою забезпечення доступності ЛЗ в педіатричній практиці.

Удосконалено:

- принципи проведення комплексних досліджень забезпечення ЛЗ хворих дітей в стаціонарних умовах;
- методичні підходи до створення інформаційної бази лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт.

Набули подальшого розвитку:

- дослідження забезпечення дитячого населення ЛЗ в стаціонарі;
- анкетування та експертна оцінка призначень лікарів щодо ефективності та безпечності ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт;
- методики визначення формулярного і страхового переліків ЛЗ та фінансових витрат на їх закупівлю для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що комплексні дослідження створюють науково-методичну основу з удосконалення лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт в умовах вітчизняної практичної охорони здоров'я і фармації.

За підсумками дослідження створені методичні рекомендації, які затверджені ПК «Фармація» МОЗ та НАМН України: «Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт».

Запропоновані методики впроваджено у діяльність медичних та фармацевтичних організацій, а саме:

– «Методика створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт» впроваджено до використання в лікувально-профілактичних закладах Управління охорони здоров'я Миколаївської обласної державної адміністрації, в роботу Дитячої міської лікарні №2 м. Миколаїв (акт впровадження від 17.12.2012 р.);

– «Методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт» впроваджено до використання в лікувально-профілактичних закладах Управління охорони здоров'я Миколаївської обласної державної адміністрації, в роботу Дитячої міської

лікарні №2 м. Миколаїв (акт впровадження від 17.12.2012 р.), у навчальний процес студентів фармацевтичних факультетів Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, Запорізького державного медичного університету, Луганського державного медичного університету (акти впровадження від 10.01.2013 р., 05.02.2013р., 30.05.2013 р., 11.09.2013 р. відповідно);

– «Методика фармакоекономічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт» до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Запорізького державного медичного університету, Луганського державного медичного університету, Національного фармацевтичного університету (акти впровадження від 30.05.2013 р., 11.09.2013 р., 10.06.2013 відповідно);

– «Методичні підходи до створення переліків лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт» впроваджено до використання у навчальний процес студентів фармацевтичних факультетів Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, Запорізького державного медичного університету, Луганського державного медичного університету (акти впровадження від 10.01.2013 р., 05.02.2013 р., 30.05.2013 р., 11.09.2013 р. відповідно);

– «Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт» впроваджено до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Запорізького державного медичного університету, Луганського державного медичного університету, Одеського національного медичного університету (акти впровадження від 12.03.2014 р., 05.12.2013 р., 09.10.2014 р. відповідно).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною завершеною науковою працею, в якій дисертантом разом із науковим керівником визначено мету дослідження, завдання для її досягнення.

Вирішальна роль належить дисертанту в організації проведення, обробці, інтерпретації результатів дослідження, узагальненні досягнень та висновків, що виносяться на захист.

Автором особисто проведені наступні дослідження та отримані такі результати:

- вивчено систему надання спеціалізованої медичної та фармацевтичної допомоги дітям в Україні та країнах світу, проаналізовано захворюваність і поширеність гастритів і дуоденітів у дітей; визначено доцільність організаційно-економічного обґрунтування фармакотерапії таких хворих дітей шляхом запровадження формулярних та страхових переліків ЛЗ;

- проведено маркетинговий аналіз вітчизняного фармацевтичного ринку ЛЗ, що використовуються для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, досліджено асортимент ЛЗ, розраховано показники їх цінової доступності – коефіцієнти ліквідності ціни, адекватності платоспроможності;

- здійснено клініко-економічну оцінку призначень ЛЗ при стаціонарному лікуванні за допомогою ABC-, VEN-, частотного аналізу;

- проведено фармакоеконімічний аналіз основних схем фармакотерапії;

- запропоновано методику анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт, проведено експертну оцінку ЛЗ педіатрами (гастроентерологами);

- сформовано науково обґрунтовані методичні рекомендації з оцінки економічних витрат щодо включення ЛЗ в локальні формуляри ЛЗ ЛПУ для надання допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт в стадії загострення.

В опублікованих у співавторстві з І.Г.Гринчуком, В.В. Трохимчуком, О.І. Трохимчук наукових працях дисертантом особисто обґрунтовані наукові положення на підставі проведеного узагальнення та обробки первинного матеріалу, що представлені в дисертації та в авторефераті у списку опублікованих праць.

Апробація результатів дисертації. Теоретичні та практичні результати основних дисертаційних досліджень висвітлювались на: VII Національному з'їзді фармацевтів України «Фармація України. Погляд у майбутнє» (Харків, 2010); 4-ій науково-практичній конференції «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів» (Тернопіль, 2011); міжнародній науково-практичній конференції «Научные исследования и их практическое применение. Современное состояние и пути развития '2011» (Одеса, 2011); ювілейній конференції, присвяченій 10-річчю співпраці Одеського національного медичного університету та Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясауї «Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині» (Одеса, 2011); 72 Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвяченій Дню науки «Медицина та фармація XXI століття – крок у майбутнє» (Запоріжжя, 2012); I міжнародній інтернет-конференції молодих вчених і студентів «Современные достижения медицинской и фармацевтической науки» (Запоріжжя, 2012); міжнародній конференції «Фундаментальные и прикладные и прикладные проблемы медицины и биологии» (Дубай, 2012); Національному конгресі «Клінічна фармація: 20 років в Україні» (Харків, 2013); науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 100-річчю з дня народження К.Д. Двужильної «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для молодих вчених і студентів)» (Одеса, 2013); всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів «Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи» (Харків, 2013); III Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів «Теоретичні та практичні підходи до вирішення сучасних питань фармацевтичної та медичної науки» (Луганськ, 2013); XX international scientific and practical conference of young scientists and students «Actual questions of development of new drugs», devoted to the 90th anniversary of doctor of science in pharmacy, professor Dmitri Pavlovych Salo (Kharkiv, 2013); 73 Всеукраїнській науково-практичній

конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвяченій Дню науки «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2013» (Запоріжжя, 2013); 5 науково-практичній конференції з міжнародною участю «*Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів*» (Тернопіль, 2013); VI науково-практичній конференції «*Фармакоекономіка в Україні: стан та перспективи розвитку*» (Харків, 2013); міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «*Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи*» (Харків, 2014); II міжнародній науково-практичній Internet-конференції «*Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики*» (Харків, 2014); IV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «*Аспекти розвитку фармацевтичних та медичних досліджень на сучасному етапі*» (Луганськ, 2014); науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 50-літтю створення кафедри організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данла Галицького «*Здобутки та перспективи управління фармацевтичною системою*» (Львів, 2014).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 28 наукових праць, зокрема 7 статей (5 – у наукових фахових виданнях, 2 – у закордонних журналах Білорусі, Казахстану), 19 тез доповідей на науково-практичних конференціях, 1 методичні рекомендації, затверджені ПК «Фармація» МОЗ і НАМН України, 1 свідоцтво на реєстрацію авторського права на науковий твір.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 220 сторінках машинопису і складається зі вступу, 5 розділів, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Обсяг основного тексту складає 148 сторінок. В роботі представлено 20 таблиць, 26 рисунків. Список використаної літератури складається з 186 джерел, у тому числі 34 іноземних авторів (обсяг 24 стор.).

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Стан здоров'я дитячого населення є важливою соціальною проблемою суспільства, на рішення якої направлена стратегія соціального розвитку України. Здоров'я характеризується у відповідності до біологічного віку, розвитку фізичних та інтелектуальних характеристик, адекватного формування адаптаційних можливостей дитячого організму в процесі його росту і розвитку. Рівень здоров'я підростаючого покоління визначає усе майбутнє життя людини та наступних поколінь [63, 68].

1.1 Дослідження науково–практичних аспектів захворюваності й фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт та їх ускладнень в Україні та країнах світу

Суспільство та держава відповідальні за стан здоров'я дитячого населення (0-17 років) і повинні створювати для них удосконалені умови навчання, побуту та дозвілля, вирішення екологічних проблем, удосконалення медичної і фармацевтичної допомоги, створення умов здорового життя.

Останніми роками значна увага приділяється вивченню чинників, що мають вплив на стан здоров'я дітей та підлітків. В нашій країні було проведено опитування молоді за міжгалузевим проектом ВООЗ «Health Behaviour in School-aged Children Study» (2007), яке охопило основні чинники, що впливають на здоров'я дітей шкільного віку, а саме: харчування, фізична активність, статеве поведінка, шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю і наркотиків), соціальні умови життя, які склалися в родині і навчальному середовищі. Також вивчалася медична активність батьків, стан навколишнього природного середовища, несприятлива спадковість, біологічний анамнез тощо.

Цим дослідженням виявлено, що в ранньому віці переважають соціально-біологічні чинники, а у старшому – соціально-гігієнічні та поведінкові. Захворюваність і поширеність хвороб, а також фізичний і нервово-психічний розвиток, є вагомими факторами, які характеризують стан здоров'я у всіх періодах розвитку дітей.

Тенденція зростання дитячої гастроентерологічної патології спостерігається у всіх країнах світу, що обумовлено розповсюдженими інтернаціональними чинниками: обтяжена спадковість, гострий і хронічний стрес, вірусна, бактерійна і грибкові інфекції; процеси урбанізації, антропогенне забруднення біосфери, в т.ч. вплив радіаційних факторів, велика роль соціальних чинників і тісно пов'язаного з ними незбалансованого харчування, то стає очевидним, що хронічні захворювання травної системи у дітей являють собою серйозну світову проблему педіатрії. Від її своєчасного вирішення залежить не тільки здоров'я дітей, але й дорослих, оскільки у 70 % дітей патологія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту починається ще в дошкільному та шкільному віці. Водночас велике значення має зниження протективного потенціалу та місцевого імунітету слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. Ще одним фактором є неврахування при лікуванні даної категорії хворих ймовірності алергічного прояву запального процесу, що може погіршувати кінцевий результат терапії. Також необхідно приділяти увагу диференційованим підходам до лікування порушень підшлункової залози, щоб запобігти тривалого перебігу та рецидивів захворювання [11, 124, 147].

Відомо, що у розвитку хронічної гастродуоденальної патології (ХГДП) важливу роль відіграє спадковість [148] і відноситься ця патологія до генетично обумовлених (коефіцієнт успадкування схильності – $66,30 \pm 9,28$ %) захворювань мультифакторної природи.

У хворих на ХГДП з обтяженою спадковістю захворювання виникає, у більш ранньому віці (середній вік $10,8 \pm 1,5$ року), ніж у дітей з необтяженою спадковістю (середній вік $14,6 + 1,3$ року) [15].

ЮНІСЕФ провів оцінку ризику бідності на мікрорівні. Критерієм для

віднесення до групи країн з цією проблемою була величина валового національного доходу на душу населення або незмінний чи від'ємний середньорічний приріст ВВП на душу населення. Для розвинених країн рівень абсолютної бідності становить 4,3 дол./добу США на дитину на добу, для країн СНД – 2,15 дол./добу. Згідно з критерієм США, в державах Балтії і західної частини СНД, у тому числі і в Україні, у бідності живуть 30-50 % дітей, чим пояснюється складна медико-демографічна ситуація в Україні. Для порівняння: в Чеській Республіці, Словенії і Хорватії – менше 5 % дітей, а в країнах Закавказзя – близько 70 %, республіках Центральної Азії – понад 75 % дітей. Ефективні заходи щодо подолання нерівностей в стані здоров'я дітей потребують об'єднання зусиль в межах стратегій, спрямованих на захист незабезпечених верств населення, в усіх секторах [36].

Стан здоров'я дітей та молоді значною мірою впливає на формування трудового та інтелектуального потенціалу держави, її майбутнього. Для забезпечення умов належного розвитку дітей на державному рівні проводиться постійний моніторинг показників їхнього здоров'я, виявляються особливості стану здоров'я. Найбільш важливими критеріями, що характеризують стан здоров'я дітей у всіх вікових періодах, є захворюваність, поширеність хвороб, а також фізичний і нервово-психічний розвиток дітей.

Медичне і соціальне значення цього питання пояснюється достатньо великим поширенням захворювання, перебігом з рецидивами, тяжкими ускладненнями, не завжди позитивною відповіддю на фармакотерапію та можливістю приведення в подальшому до інвалідності. Хронічний гастродуоденіт (ХГД) зустрічається у 50 - 70% хворих із патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. У міських дітей частіше зустрічається досліджуване захворювання, ніж у сільських. У 70 % дитячого населення ХГД розвивається в 5-6 років, але діагностується, як правило, значно пізніше.

Хронічний гастрит (ХГ) в сучасній медицині прийнято розглядати, як хронічне запалення СОШ і підслизового шару, що має стадійний і рецидивуючий перебіг, характеризується порушенням фізіологічної регенерації,

схильністю до прогресування, виникнення атрофії, розладу функціонального розладу шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК). Важливо, що порушення регенерації шлункового епітелію та подальшого прогресування може призводити до потенційно небезпечних змін шлункового епітелію (атрофії, метаплазії та дисплазії). Саме тому питання ХГ заслуговує на особливу увагу [3, 6, 117, 147].

Епідеміологічна ситуація щодо хронічного гастриту характеризується наступними статистичними показниками: захворюваність, хворобливість, поширеність.

Захворюваність дітей – показник поширення хвороб органів травлення, виявлених і зареєстрованих протягом року серед дитячого населення взагалі або в окремих вікових або статевих групах.

Хворобливість дітей – сума всіх первинних звернень з приводу захворювань дітей, як вперше виявлених в поточному році, так і зареєстрованих в попередні роки.

Поширеність хвороб органів гастродуоденальної зони – кількість випадків гастриту та дуоденіту в певній групі населення на певний момент часу [13, 34].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України протягом останніх десятиріч в нашій країні спостерігається низький рівень народжуваності. На тлі зменшення чисельності дитячого населення рівні захворюваності і поширеності хвороб органів травлення залишаються високими – поширеність захворювань органів травлення становила 148,41 у 2007 році і 120,13 у 2014 році на 1000 дітей віком від 0 –17 років, а захворюваність – 51,97 та 46,99 відповідно (рис. 1.1).

Проведений нами аналіз динаміки захворюваності і поширеності хвороб органів травлення засвідчив, що в період з 2007-2014 рр. спостерігається зменшення рівнів їх захворюваності і поширеності. Така тенденція може бути зумовлена як послабленням напруженості екологічної ситуації, так і поліпшенням якості медичної допомоги дітям. В той же час варто відмітити, що

за досліджуваний період кількість дитячого населення скоротилася на 710983 дитини і склала в 2014 р. 7614704.



Рис. 1.1. Динаміка захворюваності та поширеності захворювань органів травлення у дітей в Україні за 2007-2014 рр. на 1000 населення

Враховуючи безумовний вплив на показники, що вивчаються, факторів оточуючого середовища та регіональних особливостей мешкання дитини, інтерес становить розподіл захворюваності та поширеності хвороб органів травлення, а саме гастритів та дуоденітів по регіонах України.

Частка вперше виявлених гастритів і дуоденітів у дітей серед вперше виявлених хвороб органів травлення у дітей майже не змінилася за останні 6 років і в 2014 р. склала 12,6% проти 15,7% у 2007 р. (рис. 1.2).



Рис. 1.2 Порівняння динаміки захворюваності дітей на хвороби органів травлення та гастрит і дуоденіт

Динаміка захворюваності дітей на гастрит і дуоденіт в Миколаївській, Одеській та Херсонській областях за 2007-2014 рр. показала, що немає чіткої тенденції до збільшення чи зменшення кількості вперше виявлених в житті досліджуваних захворювань – графік має коливання в обидві сторони (рис. 1.3.). 2014 р. характеризувався збільшенням в Одеській та Миколаївській областях, причому в Одеській обл. за рахунок сільського населення, а в Миколаївській – міського.

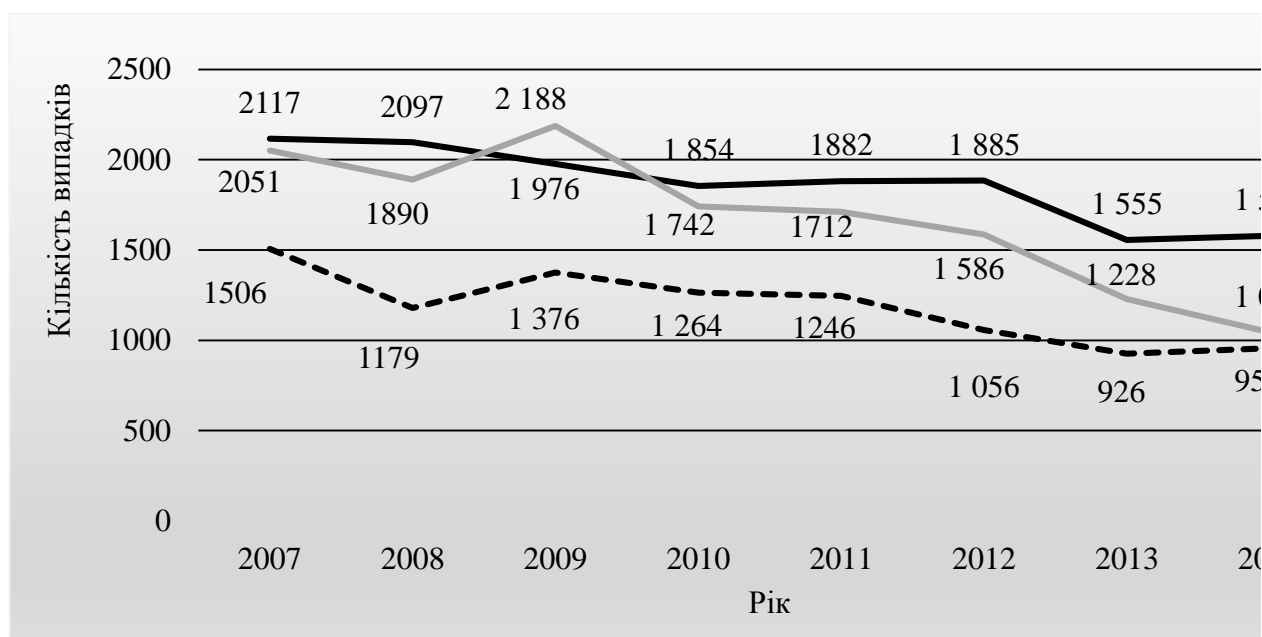


Рис. 1.3 Динаміка захворюваності дітей на гастрит і дуоденіт на півдні України (кількість випадків, виявлених вперше в житті)

Проаналізовані статистичні дані показали, що хвороби органів травлення серед дітей входять в п'ятірку у структурі захворюваності і поширеності з часткою 4,7% та 12% відповідно у 2014 р.

Значення цих показників є частково доступними для оцінювання стану захворюваності населення хворих на гастрит та дуоденіт в Україні. Крім того, аналіз та оцінка стану захворюваності в територіально-хронологічному аспекті дають змогу диференціювати напрями і заходи стосовно профілактики та зменшення поширення захворювання населення в конкретних регіонах (групах регіонів) України [3]. Упродовж усіх восьми років рівень захворюваності та

поширеності хвороб в окремих вікових групах мав свої особливості. Так, загалом в Україні рівень захворюваності органів травлення у дітей віком від 7-14 р. збільшився у 2 рази, а у дітей віком 15-17 р. у 3 рази порівнюючи з дітьми віком до 6 років це свідчить, що з віком поширеність хвороб зростає за рахунок накопичення хронічних захворювань [127].

Так, за даними літератури, у більшості дітей (понад 65%) діагностуються ХГ або ХГД з підвищеною чи нормальною кислотоутворюючою функцією. Це захворювання рідко буває ізольованим. Воно займає 10-15% в структурі ХГДП. Найбільш часте поєднання – антральний гастрит з ХГД, а сама розповсюджена форма у дитячого населення – ХГД, який становить 58-74 % у структурі хвороб верхнього відділу шлунково-кишкового тракту. Розповсюдженість ХГД в Україні становить 200-220 ‰, а в екологічно несприятливих регіонах – 300-400 ‰. І.Л. Бабій та співавтори (2010) при аналізі понад 5200 ендоскопічних досліджень, проведених на базі дитячого гастроентерологічного відділення дитячої міської лікарні, виявили, що на частку ізольованого гастриту та ізольованого дуоденіту припадає відповідно 31,4 % і 14,2 % всіх уражень органів травлення у дітей. Поєднані ураження верхніх відділів органів травлення складають понад 47 % всіх уражень ШКТ. Щорічно в Україні реєструється близько 50 тис. дітей, хворих на ХГД, та 1 тис. дітей, хворих на виразкову хворобу ДПК. Існує висока ймовірність трансформації ХГД у виразкову хворобу [16, 50]. Захворювання органів травлення мають характер поєданого ураження, що зумовлено порушенням основних регулюючих систем організму. За результатами досліджень В. І. Бобрової та співавторів (2010) [37] встановлено, що захворювання органів гастродуоденальної зони найчастіше супроводжуються залученням у патологічний процес органів біліарної системи з розвитком дисфункції жовчного міхура і хронічного холециститу.

Прослідковується тенденція до збільшення частоти ХГД. Враховуючи те, що ХГ супроводжується низкою послідовних змін, які нерідко призводять до формування раку шлунка, пацієнти, які страждають на гастрити та дуоденіти,

потребують особливої уваги під час надання лікувально-профілактичної допомоги цій категорії хворих. Тому першочерговим завданням на сьогоднішній день є фармакоекономічне обґрунтування медичної і фармацевтичної допомоги даній категорії хворих.

Розвиток організму дитини характеризується переважанням певних біологічних процесів у різні періоди життя, що зумовлено біологічними законами і анатомо-фізіологічними особливостями. Відомо, що формування стану здоров'я дітей відбувається від процесу зачаття дитини до перші роки життя, а надалі тільки зберігається і зміцнюється. Тому стан здоров'я дітей потребує особливої уваги медичних працівників. Саме тому аналіз захворюваності та поширення хвороб органів травлення у дітей перших шести років життя, є актуальною задачею. У 2009-2013 рр. поширеність та захворюваність дітей 0-6 років мала незначне зниження до 64,17 у 2013 р. проти 77,34 у 2009 р. та 41,66 у 2013 р. проти 50,64 у 2009 р. відповідно [6, 36, 132].

Дослідження багатьох вчених вказують, що важливими і безумовними факторами, які впливають на стан здоров'я всього дитячого населення без виключень, – це сім'я і навчальний заклад. Реформування шкільного навчання без урахування здоров'я школярів суттєво збільшили їх захворюваність. Період навчання характеризується великим інформаційним перенавантаженням, стресами, обмеженням фізичної активності, предметною системою виховання, складним модернізованим станом навчального процесу, що вимагає від дитячого організму великого напруження та може призвести до функціональних порушень, а надалі і до формування органічної патології. Але не зважаючи на це, динаміка поширеності і захворюваності дітей віком 7-14 р. за останні роки знизилась до 178, 51 і 56,04 у 2013 р., порівнюючи з 187,78 і 57,79 у 2009 р.

Організм підліткового віку має певні анатомо-фізіологічні та психологічні особливості, що зумовлює особливий стан організму, соціальну незахищеність, залежність від впливу соціуму на всіх рівнях (біологічному, соціальному, психологічному). Тому необхідний ретельний профілактичний

медичний нагляд підлітків [75]. Отже, діти складають значну і найбільш перспективну частину нашого суспільства. Позитивна тенденція показників захворюваності та поширеності хвороб органів травлення, а саме гастриту та дуоденіту у дітей раннього дошкільного і шкільного віку може бути зумовлена поліпшенням якості медичної допомоги.

1.2 Організація надання стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю

Серед галузей ОЗ сфера охорони материнства та дитинства посідає особливе місце внаслідок її суспільної значимості для розвитку держави, забезпечення інтересів кожної сім'ї, громадянина.

Сучасний етап медичної науки характеризується бурхливим розвитком нових медичних технологій, спрямованих на покращення здоров'я людей та подовження активного довголіття. У зв'язку з цим впроваджуються нові стандарти медичної діяльності, які впливають на всі сфери людського життя.

Характерними особливостями правового регулювання медичного забезпечення дитячого населення є спрямованість на забезпечення потреби дітей в особливому піклуванні та допомозі, обмеження дієздатності дитячого населення, що потребує активної участі в усіх питаннях їх законних представників [127].

Права дітей щодо медичного забезпечення в чинному законодавстві визначені наступними нормативно-правовими актами [20, 43, 53-55, 116, 118-120, 122, 123, 134]: Загальна декларація прав людини від 10.12.1918 р.; Закон України «Про дитяче харчування» від 1.09.2006 р.; Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р.; Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р.; Закон України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 р.; Конвенція ООН про права дитини від 20.11.1989 р.; Конвенція ООН про захист прав людини й основних свобод (Рим, 1 листопада 1950 р.) зі змінами від

21.09.1970 р., 20.12.1971 р., 01.01 та 06.11.1990 р., 11.05.1994 р.; Конституція України від 28.06.1996 р.; Кримінальний кодекс України від 5.04.2001 р.; Резолюція Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я ВНА 60.20 «Кращі ліки для дітей» від 23.05.2007 р.; Сімейний кодекс України від 10.01.2002 р.; Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. тощо. Виконуючи всі вимоги законодавства, держава несе відповідальність за дотримання прав кожної дитини в Україні, бо діти повинні почувати себе захищеними законом повноцінними членами сучасного суспільства [14, 127].

Українське законодавство не містить чітко встановлених норм, що стосуються виконання прав дитини на отримання найбільш досконалих послугам охорони здоров'я та ЛЗ для лікування і профілактики хвороб, відновлення здоров'я. Також важливо те, що загальна тенденція до скорочення ліжкового фонду не обминула гастроентерологічну службу [127].

Сьогодні, коли відбувається скорочення спеціалізованої й розвиток загальнопедіатричної допомоги, у реалізації системи реабілітації хворих на ХГД є певні труднощі [37]. Первинний діагноз захворювання органів травлення є дуже важливим. Він встановлюється, як правило, дільничним педіатром або лікарем загальної практики на підставі анамнестичних і клінічних даних. Кожний лікар-педіатр, особливо дільничний та сімейний, повинен орієнтуватися на медичні стандарти, які базуються на рекомендаціях з діагностики та лікування основних захворювань травної системи у дітей [47].

Медичну допомогу дітям в системі міністерства охорони здоров'я України в 2013 р. надавали 11322 педіатрів, кількість яких зменшилася у порівнянні з 2007 р. (12916 педіатрів).

Забезпеченість педіатрами південного регіону України в 2014 р. має наступний вигляд: 193, 599, 243 педіатра відповідно в Миколаївській, Одеській та Херсонській областях, а гастроентерологів – 5, 9, 4 відповідно в кожній області.

За даними соціологічного дослідження А. Ф. Короп із співавт. було встановлено, що задоволені медичною допомогою у стаціонарі 66,8-70,0 %

хворих із захворюваннями органів травлення, не задоволені – 18,3 - 26,4 % та не відповіли на поставлені питання – 2,8 - 4,7 % хворих. Основними причинами, які визвали дорікання хворих, були: відсутність або недостатнє забезпечення медикаментами, незадовільна якість харчування та організація лікувально-діагностичної роботи. Експертна оцінка обсягу та якості лабораторних обстежень під час лікування пацієнта у стаціонарі засвідчила, що більшість цих досліджень могли бути проведені на догоспітальному етапі в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Оптимізація організації та підвищення якості медичної і фармацевтичної допомоги дитячому населенню, суспільна плідна співпраця лікарів поліклінік і стаціонарів, а також співпраця лікарів і провізорів є актуальним завданням ЗОЗ не лише для України, а для багатьох інших країн світу. Весь цей процес покликаний на удосконалення діагностики, профілактики і лікування. Необхідною умовою покращення діагностично-лікувального процесу є його стандартизація, що дозволяє впроваджувати нові медичні технології. В останні роки почали активно впроваджуватись протоколи лікування, які мають неабияке значення для стандартизації обстеження й терапії [133].

Сучасні вимоги до оцінки нових технологій в педіатричній гастроентерології орієнтовані на аналіз їх ефективності, безпеки, покращення якості життя (ЯЖ) дитини та інші позитивні результати фармакотерапії, з урахуванням етичних аспектів призначень.

В Україні розроблені сучасні нормативи (протоколи) надання медичної допомоги дітям з гастроентерологічною патологією за різними нозологічними формами [127]. Зазначені протоколи розроблялись з урахуванням міжнародного досвіду і загальноприйнятої належної лікарської практики, які базуються на основних принципах Доказової медицини (ДМ). Наявні нормативи державних соціальних гарантій з надання медичної допомоги дітям є недосконалими та потребують принципово іншого підходу до встановлення рівного доступу дітей до найбільш досконалих послуг системи медичного забезпечення населення. Саме можливість виконання прийнятих протоколів та стандартів надання

медичної допомоги дітям повинна стати підґрунтям для ресурсного забезпечення медичною допомогою дитячого населення з урахуванням принципу доступності [4, 127].

Стандартні підходи (протоколи) для лікування ХГДП регулярно затверджуються наказами МОЗ України. Але також необхідно пам'ятати про те, що важливим принципом клінічної фармакотерапії органів травлення у дітей є строга індивідуалізація призначення лікарських препаратів, оскільки необхідно брати до уваги не тільки вік дитини, але й особливості її розвитку. Загальна резистентність організму значною мірою визначає як захворюваність, так і тяжкість перебігу хвороби у кожного хворого. Вивчення складних взаємовідношень між загальними і місцевими реакціями організму під час виникнення патології верхніх відділів травного каналу може сприяти керуванню цими процесами [111].

В Україні фармакотерапія дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, регламентується протоколами та нормативами надання медичної допомоги, затвердженими наказами Міністерства охорони здоров'я України: № 59 від 29.01.2013 р. Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення, № 438 від 26.05.2010 р. Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей; № 364 від 28.05.2009 р. Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей в санаторно-курортних закладах України; № 242 від 12.05.2008 р. Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією; № 471 від 10.08.2007 р. Про затвердження Протоколів лікування дітей за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія»; № 271 від 13.06.2005 р. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»; № 502 від 28.12.2002 р. Про затвердження Тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів; № 1051 від 28.12.2009 р. Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю [114, 116, 117].

Як відомо, в комплексі надання медичної допомоги дітям провідне місце займає фармакотерапія, адже принципи лікування і профілактики патологічних станів у педіатрії передбачають комплексність і багатогранність фармакологічної корекції з використанням препаратів у вигляді специфічних лікарських форм, які здатні враховувати індивідуальні особливості будови, функціонування та регуляції органів і систем зростаючого організму [12,22,52].

Відомо, що ліки, виготовлені в аптеці за магістральними прописами, здатні забезпечити принципово більш високий рівень фармакотерапії, ніж аналоги промислового виробництва, представляється незаперечним та вельми обґрунтованим. Поряд з цим, екстемпоральні лікарські засоби (ЛЗ) позбавлені токсичних консервантів, стабілізаторів, барвників, наповнювачів, що, в свою чергу, має першочергове значення в площині відповідності останніх прийнятним для педіатрії терапевтичним концепціям.

Екстемпоральні ліки у країнах Європейського континенту та США відіграють ключову роль для забезпечення якісної терапії в педіатрії, адже прийом не пристосованих до дитячого організму препаратів підвищує в 1,4 рази ризик появи побічних ефектів, достатньо велика кількість ЛЗ, вироблена в промислових умовах, в педіатрії мало- або зовсім неефективна. За даними Міжнародної фармацевтичної федерації аптечне виробництво ліків, у т.ч. орієнтованих на педіатричних хворих, у світі за останні роки збільшилось на 14 %. В Україні все більше загострюється проблема внутрішньоаптечного виготовлення ліків: відбувається скорочення обсягів екстемпоральної рецептури, сегмент якої на вітчизняному ринку монотонно зменшується. Особливої значимості остання набуває в розрізі ЛЗ для педіатрії. Дані аналізу ринку екстемпоральних препаратів для практичної педіатрії за фармакотерапевтичною дією, проведеного Гудзенко О. П. та співав., виділяють засоби, що впливають на травну і нервову системи і займають 11,7 % в структурі асортименту [52].

У світовій практиці забезпечення медикаментами хворих стаціонарів проводиться згідно з існуючими системами фінансування медицини:

бюджетної, соціальної, приватної.

В Україні лікарські засоби при лікуванні в умовах стаціонару теоретично є безкоштовними. Але для цього фінансування лікарень недостатнє, тому в більшій мірі пацієнти придбавають ліки в приватному порядку [75].

На ефективність процесу лікування хворої дитини впливає наявність в аптечній мережі та стаціонарах дитячих лікувально-профілактичних закладів ЛЗ, що застосовуються в педіатрії. Однак переважна кількість ЛЗ, що призначаються дітям, з точки зору їх якості, безпеки та ефективності розраховані на надання медичної допомоги дорослим після проведення відповідних клінічних досліджень. Водночас у літературі існують непоодинокі твердження, що «50-75 % лікарських засобів, які застосовуються в педіатричній практиці, недостатньо вивчені, а інформація в інструкціях по медичному застосуванню інколи неповна».

Переважна більшість хронічної патології верхніх відділів травного тракту у дітей та підлітків взаємопов'язана з секрецією соляної кислоти в шлунку. Ще в 1910 р. Шварц висунув постулат: «Немає кислоти – немає виразки». Гастрити і дуоденіти відносяться до кислотозалежних захворювань [50]. В дитячому віці кислотозалежність пов'язана більшою частиною з підвищеною чутливістю гастродуоденальної зони, а не з гіперацидністю. Хлоридна кислота виконує знежаражуючу функцію. У дітей з високим рівнем рН шлунку негативні ефекти надмірної кислотоснижуючої терапії мають важливе значення. Тому застосування H_2 -блокаторів часто є достатнім для контролю соляної кислоти. Також ці препарати не підвищують рівня мікробної контамінації шлунка, ризику розвитку гострих гастроентеритів, пневмонії та кластеридійної інфекції [5, 130].

Ефективність терапії ХГД, не асоційованого з Н. рупі, значно нижча, оскільки патогенетична та симптоматична терапія ще не уніфіковані. Основу терапії в стадії загострення останнього складають дві основні патогенетичні складові: антисекреторні препарати – блокатори H_2 -рецепторів гістаміну, які також мають гастропротекторні властивості. Механізм дії блокаторів H_2 -

рецепторів гістаміну - вплив на секрецію соляної кислоти парієтальними клітинами шлунка. Також вони інгібують також базальну і стимульоване вироблення пепсину, підвищують секрецію гідрокарбонатів, підсилюють продукцію шлункового слизу, підвищують синтез простагландинів і покращують мікроциркуляцію в слизовій оболонці шлунка, а також відновлюють моторну функцію шлунка і дванадцятипалої кишки. Блокада H_2 -рецепторів гістаміну грає роль у регуляції тонуусу гладких м'язів, що позитивно впливає на динаміку больового синдрому [23, 67, 177].

Поєднання ранітидину з сукральфатом з перших днів лікування сприяє нормалізації гастропротекції і стійкій ремісії навіть у гіперпепсиногенемічних дітей [109]. В протоколах лікування сукральфат (вентер) пропонується застосовувати на другому етапі лікування (починаючи з 3 тижня).

Інгібітори протонної помпи (ІПП) у відповідності з європейськими рекомендаціями з діагностики та лікування інфекції *H. pylori* є обов'язковими компонентами схем ерадикаційної терапії. Основу даних схем фармакотерапії складають поєднання ІПП з двома або трьома антибактеріальними препаратами. Важливою умовою для позитивного антихелікобактерного ефекту є зниження рН до більш нейтральних значень під впливом фармакотерапії. Застосування ІПП в адекватних дозах запобігає передчасній деградації антибіотиків у шлунку при низьких значеннях рН. Всі ці засоби здатні протягом 24 год контролювати виділення соляної кислоти незалежно від виду стимуляції, а після їх відміни не розвивається синдром «рикошету», відсутні виражені побічні ефекти при прийомі. В ряді випадків ІПП застосовують як підтримуючу терапію або терапію резерву, коли проведення ерадикації *H. pylori* через певні причини неможливе [24].

Літературні дані свідчать, що терапія інгібіторами протонної помпи (ІПП) супроводжувалася підвищенням рівня мікробної контамінації шлунка. В дослідженнях, проведених Робочою групою з кишкових інфекцій Італійського об'єднання педіатричної гастроентерології, гепатології і нутриціології (SIGENP), встановлено, що кислотосупресивна фармакотерапія збільшує ризик

розвитку у дітей гострого гастроентериту і пневмонії. ІПП небезпечніші щодо виникнення клостридійної інфекції (*Clostridium difficile*), в середньому вони підвищують ризик її виникнення в 2,9 разу, H_2 -блокатори – в 2 рази.

Доцільно використання пробіотиків з метою фізіологічної підтримки низьких значень рН шлункового соку. Лактобактерії, що входять до їх складу, синтезують молочну, оцтову кислоти, підтримують низький рівень рН шлунка, створюючи несприятливі умови для розвитку патогенних мікроорганізмів. У ряді досліджень показано антибактеріальну активність лактобактерій. Встановлену властивість пояснено здатністю пробіотика до утворення бактеріоцинів, таких як органічна кислота, перекис водню, реутерин, які мають антагоністичну активність щодо патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів у травному тракті [5, 32].

Найбільш перспективний з блокаторів рецепторів гістаміну представник третьої генерації – фамотидин. В даний час синтезовано п'ять поколінь блокаторів H_2 -гістамінових рецепторів, які відрізняються один від одного фармакодинамічними параметрами внаслідок відмінностей у хімічній структурі молекули, але більш пізні покоління препаратів – нізатидин і роксатидин – за фармакодинамічними властивостями аналогічні фамотидину. Фамотидин характеризується високою селективністю, володіє тривалістю дії до 12 год, не взаємодіє з системою цитохрому Р 450, не підвищує рівень пролактину. При порівняльному вивченні ефективності фамотидину та інгібітора протонної помпи в перші дні лікування ефективність фамотидину достовірно вище, до 8-ї доби дорівнює, але до 15-ї доби терапії нижче ефективності омепразолу. Можливо застосування комбінації блокаторів рецепторів гістаміну та ІПП з метою цілодобового підтримання рН у шлунку не нижче 4. Фамотидин при цьому доцільно образно застосовувати у вечірній час, краще в 18 год, тому що він більшою мірою, ніж омепразол, контролює нічну секрецію. Парентеральне введення фамотидину ефективніше усуває больовий синдром, печію, підвищує рН у шлунку. У малих дозах препарат (у 2 рази менших) має імуномодулюючий ефект, стимулює синтез плазмоцитами слизової оболонки

травного каналу секреторного IgA [177]. При відміні блокаторів H₂-рецепторів гістаміну слід переходити на підтримуючі, знижені вдвічі, дози препарату або призначати антациди, що не всмоктуються, в адекватних дозах протягом 2 місяців і більше [177].

Відкриття Barry Marshall і Robin Warren в 1983 році *H. pylori* розшифровка його ролі в патогенезі хвороб органів травлення є епохальною подією в гастроентерології кінця XX ст. Саме *H. pylori* завдяки своїй персистенції створює умови для хронізації запального і деструктивного процесів у слизовій оболонці дванадцятипалої кишки (ДПК), а в шлунку, крім того, може призводити до пухлинного росту [1, 69, 76]. Хелікобактерна інфекція характеризується наявністю ефективних стратегій виживання в агресивному середовищі та високим рівнем адаптації. Інфікування слизової оболонки шлунка *H. pylori* є чинником розвитку хронічного гастриту, важливим фактором патогенезу виразкової хвороби, аденокарциноми шлунка або MALT-лімфоми.

Інфікування може відбуватися вже на першому році життя. У країнах, що розвиваються, майже 80 % дітей інфіковані *H. pylori*, віком до 10 років. З віком поширеність *H. pylori*-інфекції зростає. Частота виявлення *H. pylori* серед дітей із синдромом рецидивного абдомінального болю коливається у межах 29 - 63,3 %. За даними російських педіатрів, інфікованість *H. pylori* в різних регіонах Росії становить від 72 до 95 %, а поширеність серед членів сімей інфікованих 89%. Епідеміологічні дослідження свідчать, що поширеність хелікобактеріоза збільшується з віком, причому інфікування можливе вже на першому році життя. Серед 5-6-річних дітей інфікованість становить 40-45 %, а до 14-15 років сягає рівня дорослих і зберігається в межах 65-75 %. Хелікобактерна інфекція більш поширена в економічно і екологічно неблагополучних країнах. Частота гастроуденальної патології в дитячому та підлітковому віці в Україні не викликає сумнівів – вона підтверджена численними дослідженнями українських педіатрів, хоча загальні цифри інфікованості дітей в Україні дещо нижчі за російські. Настільки ж

безсумнівний зв'язок гастродуоденальної патології у дітей з інфекцією *H. pylori*. За даними дитячого гастроентерологічного центру м. Харкова, інфікованість *H. pylori* у дітей з гастродуоденальною патологією. Стикатися з необхідністю діагностики та лікування гелікобактерної інфекції у дітей в даний час доводиться не тільки фахівцям-гастроентерологам, але і педіатрам широкого профілю. І хоча відповідна література, в тому числі методична, є, вона, безумовно, потребує постійного оновлення і корекції, виходячи зі світового та вітчизняного досвіду педіатричної гастроентерології [2, 33, 185].

Одним з основних компонентів сучасних протоколів терапії захворювань гастродуоденальної зони є етіотропне лікування. Існують різні схеми ерадикаційної терапії [1, 156, 176]. Прогрес в розумінні суті проблеми хелікобактерної інфекції пов'язаний з відмовою від хаотичного призначення індивідуальних схем ерадикації і переходом на фіксовані, збалансовані комбінації ЛЗ, що дає не тільки прогнозований клінічний і профілактичний результат, а й економічно обґрунтований [27, 143].

Згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу III (2005), ерадикаційної терапія *H. pylori*-асоційованих захворювань повинна базуватися на даних про резистентність *H. pylori* до антибактеріальних засобів в даному регіоні [27, 178]. Здійснення стратегії «test and treat» («тестування на *H. pylori* і подальше лікування»), яка вважається особливо показаною в країнах з високою інфікованістю населення *H. pylori*. Однак жодна з рекомендованих схем ерадикаційної терапії не досягає 100%-вого ефекту. Більш ніж 20-річний досвід лікування хелікобактерної інфекції показав, що ерадикація стає все більш важким завданням, оскільки мікроорганізм швидко набуває стійкості до антибактеріальних препаратів [1].

Не існує показань для проведення ерадикаційної *H. pylori*-терапії у дітей та підлітків – її проводять аналогічно як у дорослих з урахуванням вікової дози лікарських препаратів. Впроваджено в практику рекомендації маастрихтських консенсусів II (2003 р.), III (2005 р.), IV (2012 р.). Маастрихтський консенсус III запропонував використання квадротерапії в якості терапії першої лінії поряд із

класичною потрійною схемою (антисекреторний препарат, кларитроміцин та амоксицилін). В більш ранніх рекомендаціях її застосовували в якості терапії другої лінії за умов неефективності класичної схеми. Маастрихтський консенсус III доводить, що 14-добові ерадикаційні схеми на 12 % ефективніші за тижневі [9, 131].

При створенні перших схем ерадикаційної терапії, враховуючи вірогідність виникнення природних резистентних мутантних штамів, використовували антибіотики з урахуванням низького показника спонтанних мутацій у фенотипі резистентних бактерій задля зниження кількості бактерій з низьким потенціалом мутацій, що було основою антихелікобактерних схем. Первинна стратегія антихелікобактерного лікування протягом останніх 10 років суттєво не змінилась. По всьому світі продовжують використання класичної потрійної терапії, яка залишається стратегією першої лінії антахелікобактерного лікування протягом 7-10 днів; в Європі перевагу надають тривалості 7 днів [9].

Лікування хелікобактерної інфекції у дітей повинно проводитися тільки при одержанні переконливих даних про її наявність. Призначення антибактеріальних препаратів, перш за все антибіотиків, має бути суворо обгрунтовано. Рекомендовані схеми ерадикаційної терапії є керівництвом до дії, але не догмою. Вони повинні бути ретельно продумані і суворо диференційовані з урахуванням віку, характеру нозологічної форми, індивідуальних особливостей дитини та наявності коморбідних захворювань. Лікар, безумовно, має право модифікувати схему, дотримуючись її принципів по суті. Так, в сучасних умовах в педіатричній практиці виправдана заміна метронідазолу нітрофурановими препаратами, а антибіотика препаратами вісмуту.

Оптимальною схемою лікування хелікобактерної інфекції у дітей старшого віку слід вважати схему, що включає амоксицилін (антибіотик, до якого НР найменш резистентна) і препарати вісмуту (де-нол, гастро-норм) у поєднанні з інгібіторами протонної помпи; у дітей молодшого віку базисним

препаратом повинні бути саме препарати вісмуту в поєднанні з нітрофуранами на тлі блокаторів H_2 -рецепторів гістаміну. Застосування в дитячому віці (навіть у старших дітей) тетрацикліну слід вважати неприпустимим, метронідазолу - мало доцільним. Комбіновані антигелікобактерні препарати, що містять у блістері два антибіотики та інгібітор протонної помпи (орністат, пілобакт-нео) розраховані на дорослих і можуть застосовуватися лише у старших дітей при важких деструктивних процесах.

Далеко не всі рекомендації, прийняті для дорослих Маастрихтськими угодами, можуть бути перенесені в педіатричну практику. Так, у дитячому віці не слід застосовувати схеми квадротерапії і, у всякому разі, не можна підвищувати дозу антибіотика і антисекреторного препарату практично вдвічі або збільшувати тривалість курсу антигелікобактерної терапії до 14 днів.

Ефективність антигелікобактерної терапії обов'язково повинна контролюватися після закінчення лікування (через 28-30 днів), причому для об'єктивізації результатів доцільно використовувати одночасно два методи.

Діагностика та лікування хелікобактерної інфекції повинні проводитися не тільки в умовах стаціонару, а й амбулаторно, іншими словами, боротьба з гелікобактерної інфекцією представляє собою не вузькогастроентерологічну, але загальнопедіатричну проблему [13, 157, 161-163].

Головною причиною невдачі антихелікобактерної лікування є резистентність *H. pylori* до антибактеріальних препаратів. Численні дослідження *in vitro* показали, що у *H. pylori* є природна резистентність до ряду препаратів, які з успіхом застосовуються для створення транспортних середовищ (триметоприм, ванкоміцин, поліміксин В, налідіксова кислота, сульфаніламід). У 1999-2002р в Європі було проведено проспективне мультицентрове дослідження, що включало 16 педіатричних центрів у 14 країнах [155]. Всього було обстежено 1233 пацієнта, 41% яких були родом з Африки та Близького Сходу. Досліджувалася як первинна (до лікування), так і вторинна (при невдалому лікуванні) резистентність. Первинна резистентність до кларитроміцину була виявлена у 20% дітей, вторинна – у 42%. Первинна

резистентність до кларитроміцину була достовірно вище у дітей до 6 років, ніж у підлітків старше 12 років і переважала у мешканців Південної Європи в порівнянні з Північною. У Східній Європі окремі дослідження також показали високу резистентність до кларитроміцину у дітей. Так, у Болгарії вона склала 12,4%, а в Польщі – 23,5%. У Росії подібне дослідження було проведене у 2000 р. Л. В. Кудрявцевою, резистентність до кларитроміцину у дорослих в Москві склала 13%. Рядом досліджень була показана тенденція до зростання резистентності до кларитроміцину: так, в США і Канаді до 2000 р. вона становила 4%, а в 2004 р. – 11-12% [56, 168-170, 173]

Крім природної стійкості до антибактеріальної терапії у *H. pylori* виявлені випадки придбаної резистентності. Вона існує у первинній формі, що з'являється в після пристосувальних реакцій цього мікроба до несприятливих впливів зовнішнього середовища і виникає у разі прийому антибактеріальних препаратів, не пов'язаних з інфекцією *H. pylori*. Вторинна резистентність розвивається безпосередньо в процесі лікування *H. pylori*-інфекції.

Серед причин, що призводять до виникнення у *H. pylori* набутої резистентності, необхідно відзначити збільшення кількості пацієнтів, у яких застосовується антихелікобактерна терапія, неадекватність її проведення (низькі дози, короткі курси терапії) і безконтрольне використання антибактеріальних препаратів в популяції.

Часте призначення макролідів при лікуванні різних захворювань є одним з основних факторів високого рівня стійкості *H. pylori* до кларитроміцину. Результати вивчення резистентності цього макроліду в сім'ях Японії показують вищу резистентність серед пацієнтів дитячого віку [165]. Взагалі, цей показник збільшується пропорційно до його споживання в конкретному регіоні [166]. Кларитроміцин діє на поверхні СОШ, після курсу фармакотерапії 2/3 не знищених штамів *H. pylori* набувають резистентність до нього. Однак у іншого макроліда азитроміцину вторинна стійкість виникає лише в 23% випадків [181].

Великою кількістю досліджень в Європі оцінено результати стандартної потрійної терапії 1 лінії (ППП, амоксицилін і кларитроміцин) доведено, що при високій чутливості *H. pylori* ерадикації досягнуто у 87,8 %, випадків. Резистентність до кларитроміцину знижувала результати до 18,3% пацієнтів [172]. У разі стійкості до кларитроміцину вище 15-20% його призначення є недоцільним.

На XXII засіданні Міжнародної робочої групи «XXII International Workshop on Helicobacter and related bacteria in chronic digestive inflammation and gastric cancer» у місті Порто (Португалія) 17-19 вересня 2009 року була розкрита концепція «ключового протимікробного засобу». Серед них препаратом вибору є амоксицилін, оскільки резистентність до цього препарату розвивається дуже рідко. Можливість використання кларитроміцину повинна оцінюватися в кожному географічному регіоні окремо, в залежності від поширеності резистентних штамів *H. pylori* в даній місцевості. Відповідно до Рекомендацій як Європейського, так і Американського посібників, поява резистентних штамів хелікобактерій в будь-якому географічному ареалі констатують при втраті більш ніж у 20 % виділених штамів чутливості до антибіотика.

Резистентність до метронідазолу в країнах СНД, у тому числі в Україні, перевищує 40 %, що робить дуже проблематичним його використання у схемах ерадикації, його виключено з протоколів лікування хелікобактерної інфекції. До останнього часу загальноприйнятою для України була схема з використанням амоксициліну та кларитроміцину з прийомом ППП.

Однак останнім часом постало питання зростання резистентності до цього препарату. Зокрема, за даними Л. Б. Бардах (2008), в Україні первинна резистентність *H. pylori* до кларитроміцину становить 22,6 % . Цей показник серед дитячого населення Санкт-Петербурга: за даними Е. А. Корнієнко та співавторів (2006), сягає 28 %. Таким чином, питання ефективності ерадикаційної терапії залишається одним із головних.

Механізм дії препаратів вісмуту на *H. pylori* вивчений достатньою мірою. Відомо, що солі вісмуту діють на *H. pylori* бактерицидно – руйнують бактеріальну стінку, інгібують ферменти бактерій (уреазу, каталазу, ліпазу, фосфоліпазу), запобігають адгезії до епітеліальних клітин шлунка. Треба враховувати, що антигелікобактерний ефект Де-Нолу є незначним та відсоток ерадикації перебуває у межах 14-40 %. Його перевага полягає в тому, що до нього не існує природної або набутої резистентності *H. pylori*. Іони вісмуту активні також стосовно кокових форм мікроорганізму, оскільки преципітуються на зовнішній мембрані бактерії і можуть впливати на активність низки ферментів у периплазматичному просторі.

Науковцями проведено дослідження рівня мінімальних інгібуючих концентрацій різних солей вісмуту щодо 46 штамів *H. Pylori*. Було виявлено, що Де-Нол має найбільшу активність у невеликих концентраціях, його колоїдна форма ефективно пенетрує у шлунковий слиз, завдяки чому препарат легко проникає в глибину шлункових ямок та навіть може потрапляти в епітеліоцити й знищувати бактерії, які недосяжні для інших антибактеріальних засобів. Також він відновлює механізми репаративної регенерації. Завдяки бактерицидній дії запобігає розвитку первинної і вторинної резистентності *H. pylori* до антибіотиків. Бактерій, резистентних до нього, не виявлено. Ефективність використання Де-Нолу підтверджено в багатьох дослідженнях [142].

В даний час доцільно здійснювати підбір схеми лікування в залежності від регіональних показників резистентності *H. pylori* до антибактеріальних препаратів. У світлі вищесказаного є об'єктивні передумови до призначення широкому колу пацієнтів схем ерадикаційної терапії на основі вісмутвміщуючих препаратів.

При зверненні до літературних джерел виявлено ряд цікавих фактів. Так, у дітей при порівняльному дослідженні ефективності різних схем ерадикації (Де-Нол + фуразолідон + амоксицилін; Де-Нол + фуразолідон + кларитроміцин; Де-Нол + фуразолідон + рокситроміцин протягом 7 діб з продовженням

прийому Де-Нола до 14 діб) встановлено, що найбільш ефективною виявилася схема Де-Нол + фуразолідон + амоксицилін. Ерадикація *H. pylori* в цій групі склала 81,5% в порівнянні з 75 і 77% в інших групах відповідно. Звертало на себе увагу, що до лікування порушення мікробіоценозу товстої кишки були виражені приблизно однаково у всіх дітей, тоді як після терапії погіршення стану кишкової мікрофлори було максимально виражено у групі пацієнтів, яким призначали схему терапії Де-Нол + фуразолідон + кларитроміцин (погіршення у 68,8% дітей), що свідчить про високу агресивність кларитроміцину, найбільш широко використовується при *H. pylori*-асоційованих захворюваннях.

Слід відзначити і той факт, що, за даними ряду зарубіжних досліджень, препарати вісмуту в більшості випадків використовують як компонент квадротерапії другої лінії при неефективності лікування *H. pylori*-асоційованих захворювань із застосуванням схем першої лінії. При цьому ефективність ерадикації *H. pylori* варіює від 79 до 99%. Для зниження ризику розвитку побічних ефектів лікування за кордоном роблять спроби використовувати короткі схеми ерадикації *H. pylori* на основі препаратів вісмуту [10, 180].

Вже в XXI столітті з'явилися роботи про антагонізм пробіотиків і *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) (Matter AF, 2001; Strus M., 2001; Naaber P., 2004). Проведені потім, на жаль, поки ще не дуже численні, клінічні дослідження показали, що частота ерадикації при стандартній антихелекобактерній терапії у разі одночасного прийому пробіотиків зросла на 23% (Bielanski W., 2003). До того ж при такому комбінованому лікуванні знижувалася частота та вираженість побічних ефектів антібактеріальної терапії (Кляритська І.Л., 2003; Saggiaro A., 2005). Наступні клінічні випробування, в яких пробіотики призначалися як додаткові препарати до стандартної потрійної терапії, показали суперечливі результати. Хоча було зазначено, що додаткове призначення пробіотиків (*Lactobacillus GG* і *Bifidobacteria*) дійсно сягала істотного скорочення питомої ваги режимів ерадикації пов'язаних з побічними ефектами. У літературі так само повідомляється, що крім антагоністичного

інгібуючого ефекту на *H. pylori* пробіотики так само можуть мати власні антибактеріальні та імуномодулюючі властивості [77].

В даний час встановлено, що ХГ слід розглядати не тільки як місцеве ураження шлунка, але і як загальне захворювання організму, при якому порушуються всі види обміну речовин. Згідно з даними літератури, дуже перспективним є вивчення механізмів шлункової цитопротекції та можливостей її корекції для удосконалення існуючої фармакотерапії.

1.3 Сучасні підходи та методи обґрунтування медикаментозного забезпечення хворих дітей за умов впровадження медичного страхування в Україні та країнах світу

За умов впровадження стандартизованих підходів лікування, вимоги до ефективності і якості терапії підвищуються. Раціональна ФТ – це процес забезпечення максимальної ефективності терапії, яка базується на принципах доказової медицини (ДМ), із мінімальними побічними ефектами та підвищенням показника якості життя (ЯЖ) пацієнта (впродовж та після ФТ) з обґрунтуванням витрат обмежених ресурсів.

Системи фінансування охорони здоров'я з використанням механізмів медичного страхування одержали поширення у багатьох країнах світу. При цьому передбачається більша або менша участь уряду у фінансуванні страхових фондів, регулюванні складеної сторіччями страхової моделі. Найбільших успіхів у розвитку системи страхування здоров'я досягли такі країни, як Німеччина, Франція, Нідерланди, Японія. Майже всі країни Центральної та Східної Європи і СНД, включаючи й Україну, виявили останнім часом намір перейти до системи медичного страхування, сподіваючись на те, що страхові внески дозволять збільшити загальний обсяг коштів для цілей медичного обслуговування. Добровільне страхування здійснюється на засадах угоди між страхувальником і страховиком. Загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що

встановлюються страховиком самостійно відповідно до вимог закону України «Про страхування» (№27456-III від 04. 10. 2001 р.) [82, 135, 136].

Система соціального страхування – це гарантований державою комплекс заходів, спрямованих на забезпечення населення у похилому віці, на випадок захворювання, втрати працездатності, підтримки материнства, дитинства. За даними літератури, в Україні діє близько 200 законів та нормативних актів, що визначають порядок функціонування зазначеної системи. Соціальне страхування населення є важливою складовою державної політики країн з будь-якими політичними та економічними устроями. В європейських країнах, які мають історично розвинуті моделі ОМС, медичне страхування функціонує як складова система соціального страхування населення. В Україні організацію та впровадження ОМС планується здійснювати за досвідом країн ЄС – на базі існуючої загальнодержавної системи соціального страхування [82, 135, 136].

Фармацевтичний ринок ЛЗ регулярно зростає, тому перед лікарями стоїть складне питання вибору правильного, необхідного саме цьому конкретному пацієнту препарату. Для його вирішення в лікувальну практику багатьох країн впроваджено медичне страхування. З метою зміни порядку призначень лікарями ЛЗ різні країни запроваджують конкретні заходи: державно-регулюючі, інформаційно-пропагандистські, обмежувальні, погоджувальні. Певні заходи зазнали невдачі. Спроби накладання штрафів за недотримання рекомендацій лікарями у Франції суди визнали незаконними. У цій країні заходи, скеровані на скорочення витрат фондів МС (80–90-ті роки) призвели до певних змін лікарських призначень ФТ, проте не на тривалий час, а підвищення відповідальності лікарів за витратність ФТ не принесло очікуваних результатів. Пропозиція прийняття закону про обов'язкове використання непатентованих ЛЗ у Естонії зустріла різкий супротив лікарів та фармацевтів, лише в більш лояльній формі цей закон був прийнятий у 2004 р.

Державна програма, скерована на зміну порядку лікарських призначень не стала достатнім аргументом зменшення витрат на ліки у Фінляндії. Незважаючи на постійну пропаганду використання непатентованих ЛЗ у

Туреччині, лікарі надають перевагу у призначеннях визнаним торговим маркам ЛЗ. Спроба скоротити витрати на ЛЗ шляхом підвищення контролю за виписуванням рецептів у Новій Зеландії виявилась невдалою. Лікарі в Македонії досі не зацікавлені у використанні дешевших ліків.

Згідно із сучасною програмою ВООЗ «Фокус на пацієнта» необхідно враховувати думки пацієнта та залучати його до процесу ФТ. Задоволеності населення ФТ останнім часом почали приділяти увагу більшість систем ОЗ, в т. ч. й в Україні. Адже, як в Естонії, так і в Україні майже 50 % населення вважає ЯМД незадовільною. При подібних умовах була проведена більшість реформ в ОЗ Італії, Ісландії, Швеції, Бельгії, де тепер населення практично повністю задоволене системою ОЗ. На показник задоволеності населення значно впливає економічна складова. Наприклад, для того, щоб не платити за ЛЗ пацієнти прагнуть лікуватися в стаціонарі, де ФТ безоплатна (Казахстан). Частіше пацієнти за власний рахунок купують ЛЗ (Україна), при чому значна частина суспільства не має змоги придбати необхідні ліки, і цих людей стає все більше (Вірменія). Зниження ставки компенсації за ліки як засіб стримування витрат на ОЗ «вдарив», у першу чергу, по споживачу, тобто пацієнту, а не лікарю (Франція). З іншого боку, подушні комісійні – щорічна винагорода, що виплачується лікарям загальної практики за кожного прикріпленого пацієнта, стимулює фахівців до надання високоякісних медичних послуг, що втримує і привертає пацієнтів (ВБ). Врахування думки пацієнта в його лікуванні надав певний рух за права хворих: розширення прав пацієнта (Данія); створення Хартії пацієнта (ВБ); захист прав громадян в системі ОЗ (Вірменія); закон «Про права пацієнтів» (РФ). Відсутність в Україні закону «Про права пацієнта» унеможлиблює в означеному аспекті як виконання рекомендацій ВООЗ, так і забезпечення юридичного супроводу розвитку цього напрямку, особливо при виникненні конфлікту інтересів щодо раціональності ФТ [48, 57, 128].

Найчастіше державна регуляторна політика щодо застосування ЛЗ все ж пов'язана з економічним фактором. Зокрема, запровадження зразкової системи фондоутримання у Великій Британії (ВБ) через регламентування орієнтовного

бюджету призначень на певний період часу, порушення якого супроводжується покаранням чи заохоченням: бонус – збереження та кумуляція зекономлених засобів, покарання – повернення лікарями витрат на надлишкові ЛЗ, як це відбувається і в Німеччині. В Іспанії введені цільові бюджети державних витрат на ЛЗ – останні погоджуються з фармацевтичними виробниками. У Греції, Італії та Португалії бюджети на ліки затверджуються урядом. У Франції введені санкції щодо дотримання клінічних рекомендацій (КР) чи медичних стандартів. У ВБ надаються бонуси при виконанні клініцистами планів, пов'язаних із підвищенням якості медичної допомоги (ЯМД) [48, 58].

Нераціональне використання ЛЗ залишається широко розповсюдженою проблемою в системі охорони здоров'я багатьох країн, у тому числі й в Україні [59]. Це питання має серйозні наслідки у вигляді незадовільних результатів лікування та ускладнень для пацієнтів, побічних реакцій на ЛЗ, росту резистентності до протимікробних препаратів та нераціонального використання обмежених ресурсів.

Загальноепідеміологічні показники інших країн неможливо перенести на данні захворюваності по Україні, дивлячись на достатньо велику різницю в цінових показниках на ЛЗ в різних країнах, неоднакові можливості держави та громадян із відшкодування їх придбання. Основні затратні показники в закордонних дослідженнях напряду пов'язані з вартістю госпіталізації пацієнтів, їх діагностичного обстеження та підтримкою ЯЖ, а в країнах колишнього СРСР та Україні, зокрема основні витрати пов'язані з придбанням ЛЗ.

В умовах тенденції до збільшення асортименту ЛЗ необхідне створення широкомасштабної програми розвитку інформаційної служби з ЛЗ, яка повинна включати: створення консультаційної групи з використання ЛЗ, проведення обстеження існуючих джерел інформації про ЛЗ, надання об'єктивної інформації для фахівців та пацієнтів, формування централізованої інформаційної бази за результатами даних доказової медицини [59, 81].

Новим та водночас принциповим є підхід ВООЗ до формулювання загальнорегіональних задач у галузі охорони здоров'я з урахуванням відмінностей між соціально-економічним розвитком та станом системи охорони здоров'я країн регіону заохочує країни визначати власні стратегічні пріоритети і задачі. При цьому етичні засади і цінності мають бути єдиними і не повинні розглядатися як абстрактна складова. Вони мають бути реалізовані на практиці [71].

Згідно з висновком робочої групи ВООЗ з медичного страхування, ситуація, коли в країні спостерігається низький рівень національного доходу, нестабільність і недостатність бюджетних відрахувань на охорону здоров'я, а великий відсоток населення за соціально-економічними, медичними і демографічними критеріям має бути віднесений до групи поганого ризику, є вкрай несприятливою для введення обов'язкового медичного страхування (ОМС). Вважається, що в цьому випадку така реформа викличе лише неадекватний перерозподіл ресурсів і підвищення вартості медичних послуг.

За словами К. П. Данішевського, не варто забувати, що ОМС – «це лише один з можливих способів фінансування, який сам по собі не гарантує і не замінює грамотно організованої системи охорони здоров'я та медичної практики з високою якістю медичних послуг і раціональним використанням ресурсів».

Раціональне використання обмежених ресурсів для охорони здоров'я набуває великого значення і вимагає негайного комплексного вирішення. В умовах сучасного реформування охорони здоров'я України з акцентом на впровадження загального обов'язкового державного страхування сьогодні актуальним є створення організаційно-методичної бази, зокрема, науково-обґрунтованих підходів до визначення тарифів з надання медичних та фармацевтичних послуг, медичних стандартів, фармацевтичних формулярів доступних та безпечних ЛЗ [26, 39].

Зростаючі витрати охорони здоров'я на забезпечення потреб медичного обслуговування населення та ефективне використання ЛЗ стали глобальною

міжнародною проблемою охорони здоров'я незалежно від політичного та економічного шляху розвитку держави. Витрати на охорону здоров'я обумовлюються багатьма взаємодіючими чинниками. Зростаючі потреби у кваліфікованій і доступній медичній і лікарській допомозі, швидкий розвиток медичних і фармацевтичних наук мають наслідком появу нових, більш витратних медичних технологій і дорогих лікарських препаратів [39].

Проблема дефіциту фінансових ресурсів щодо забезпечення населення якісною фармацевтичною допомогою є характерною як для розвинених країн, так і для країн з перехідною економікою. Швидкий темп зростання потреб населення в наданні більш ефективної медичної та фармацевтичної допомоги та збільшення вартості послуг вимагають розробки та впровадження нових економічних підходів.

Реалізацію потреби населення в збереженні та підтримці здоров'я необхідно розглядати в двох напрямках: створення відповідних фінансово-економічних, інформаційних та інших ресурсних умов для надання якісної медичної й фармацевтичної допомоги, а також формування державної підтримки ЯЖ громадян відповідно до існуючих суспільних стандартів. Вирішення вказаної проблеми для України полягає у впровадженні обов'язкового медичного страхування (ОМС) в практику системи охорони здоров'я та фармації; в умовах дефіциту ресурсів страхових фондів особливої актуальності набувають питання стандартизації медичних й фармацевтичних послуг як складової процесу формування соціально-адаптованої тарифної політики в умовах ОМС із залученням різних методів системного, фармакоекономічного аналізів тощо [40, 41, 82].

В умовах значних темпів розвитку фармацевтичного ринку, коли в світі зареєстровано більше 300 тисяч торгових назв лікарських препаратів, що створені на основі усього 3,5 тисяч активних хімічних речовин (співвідношення (1:85), постала одна з найважливіших проблем охорони здоров'я – організація ефективної системи лікарського забезпечення населення. Згідно із статистикою лікар-терапевт у своїй практиці використовує в середньому 40-60 препаратів,

лікар – спеціаліст стаціонару – 80-100. За таких умов потрібна ефективна державна політика регулювання як реєстрації лікарських препаратів, так і їх обігу [81].

МС має дві форми – ОМС і добровільного медичного страхування (ДМС), які взаємодоповнюють одна іншу і мають одну ціль функціонування. В багатьох країнах ОМС визначає стратегічні напрямки соціальної політики держави та гарантує два рівні страхового захисту населення – житєвозабезпечуючий і здоров'язберігаючий. ДМС організується для задоволення потреб споживачів у сервісному обслуговуванні при наданні медичної та фармацевтичної допомоги, які не потрапили в межі державних програм з МС. Збіг інтересів держави та пацієнтів мають залежність від соціально-економічного устрою країни, досвіду функціонування МС, соціального рівня суспільства. Все вищезгадане відображається в основних законодавчих актах (Конституції та Законах України) та інших нормативних документах, які регулюють медичну і фармацевтичну діяльність, формують напрямки соціальної політики в державі. ДМС – переважно ринкова структура, тому її законодавчо-нормативна база формується також і в площині державного регулювання підприємницької діяльності. У країнах з розвинутою та соціально орієнтованою економікою ОМС і ДМС діють на основі чітко визначених принципів, правових норм, організаційної структури. Формування законодавчої бази з організації та впровадження МС в Україні є складним і багатовекторним процесом [80, 82].

Останнім часом поліпшилось оснащення дитячих лікарень, інтенсивно розвивалася служба реанімації у дитячих та рододопоміжних закладах, розширювалася межа медико-генетичних та реабілітаційно-поновлюваних центрів. Але внутрішні резерви для збереження педіатричної служби, не кажучи вже про її розвиток, вичерпали себе. Бюджетне фінансування скорочується, а сподіватися у педіатрії на позабюджетні джерела, дозволені законом, неможливо.

У результаті проведеного опитування Немченко А.С. та співавт. [80, 82] спеціалістів охорони здоров'я стосовно проблематики впровадження ОМС та функціонування ДМС встановлена безперечна актуальність (89,03 % опитаних) введення ОМС у практику охорони здоров'я. Доведено, що значна більшість експертів (84,60 %) незадоволені ефективністю функціонування існуючої системи соціального страхування, яка формує економічний базис задля суспільної стабільності в країні. Якщо переважна більшість опитаних вважають неефективною існуючу систему соціального страхування, то впровадження ОМС у вказаній системі потребує негайного її реформування [135].

За останні роки відбулись суттєві якісні та кількісні зміни на фармацевтичному ринку, в організації фармацевтичної діяльності виникли нові напрямки діяльності (фармацевтична опіка, діагностика, профілактика). На даний час аптечні заклади з об'єктивних причин стали заручниками процесів реалізації комерційних інтересів фірм-виробників ЛЗ, дистриб'юторів фармацевтичного ринку. З іншого боку, виконання аптекою соціальної функції з організації пільгового відпуску ЛЗ і ВМП постає неможливим через відсутність фінансової підтримки держави. Вирішення цих проблем полягає у реформуванні національної охорони здоров'я в бік впровадження економічно обґрунтованих механізмів фінансування галузі, а саме обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Складовими елементами фармацевтичної допомоги є: фармацевтична етика і деонтологія; процес забезпечення населення ліками та виробами медичного призначення; фармацевтична опіка та її складові – фармацевтична діагностика і фармацевтична профілактика. Амбулаторна фармацевтична допомога надається в аптечних закладах, що займаються роздрібною реалізацією ЛЗ і ВМП у процесі безпосереднього контакту з відвідувачами аптеки. Стационарна фармацевтична допомога надається переважно клінічними провізорами, які знаходяться у тісній співпраці з лікарями.

Фармацевтична допомога надається лише у межах гарантованих державою та ОМС або державними цільовими програмами в умовах

обмеженого ресурсного забезпечення. В умовах МС фармацевтична допомога може надаватися на трьох рівнях: життєзабезпечуючому, здоров'язберігаючому і сервісному. В умовах функціонування ОМС фармацевтична допомога повинна надаватися на життєзабезпечуючому і здоров'язберігаючому рівнях, а при добровільному медичному страхуванні (ДМС) – тільки на сервісному рівні при відповідному фінансовому забезпеченні. Основні параметри, які рекомендовані національною лікарською політикою ВООЗ для оцінки рівня забезпечення населення ЛЗ мають не лише суто клінічне значення, а й набувають важливого організаційно-економічного змісту.

Немченко А.С. та Панфіловою Г.Л. запропоновані основні параметри оцінки рівня організації надання фармацевтичної допомоги за умов впровадження ОМС. Усі параметри розподілені на три групи, які характеризують доступність, ефективність та раціональність надання фармацевтичної допомоги й послуг. [80, 82]

Основним показником ефективної діяльності системи охорони здоров'я України є якісне лікування захворювань населення. Сьогодні на якість лікувального процесу впливає багато чинників, основним з яких є фармацевтичне забезпечення (ФЗ) лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ).

До уваги необхідно брати дві схеми ФЗ ЛПЗ: через аптечну мережу – аптеками лікувальних закладів (АЛЗ), госпрозрахунковими лікарнями та міжлікарняними (МЛА) аптеками; безпосередньо від фармацевтичних виробників чи оптових фармацевтичних компаній.

Музика Т.Ф. та співавт. [74] більш детально вивчили організацію ФЗ ЛПЗ за другою схемою, коли воно здійснюється поза межами аптек, для встановлення позитивних та можливих негативних наслідків її використання. Отримані результати свідчать про те, постачання ЛЗ і ВМП у ЛПЗ проводиться виробниками або оптовими компаніями на договірних умовах згідно зі специфікаціями, транспортні витрати постачальники беруть на себе. Питома вага витрат на ФЗ в загальному фінансуванні ЛПЗ складає 12%. Основна складова таких витрат – заробітна плата персоналу, який залучений до ФЗ. Інші

витрати значно менші, хоча мають також важливе значення для просування ЛЗ та ВМП. Нинішнє фінансування ЛПЗ на ЛЗ і ВМП незалежно від рівня бюджету (державний, обласний, міський, районний) складає в середньому 7,7% від загального фінансування. В сучасних умовах така частка фінансування на ЛЗ та ВМП в загальному фінансуванні є недостатньою, як приклад, питома вага витрат на ФЗ в середньому складає 12%, відносно загального фінансування ЛПЗ, взятого за 100%. Тобто сума витрат на ФЗ ЛПЗ більша, ніж саме фінансування на ЛЗ та ВМП.

Дослідження Музики Т.Ф. та співав. [74] відносно загального фінансування та ліжко-дня підтверджують, що питома вага витрат на ФЗ за досліджуваною схемою займає значне місце в діяльності ЛПЗ, тобто адміністрація ЛПЗ, не дивлячись на спробу економії бюджетних коштів, все таки несе значні витрати на ФЗ і не в змозі без альтернативного джерела поповнення їх бюджету якісно виконувати лікувальний процес. Виникає питання про недооцінку давно відомої схеми ФЗ через аптечну мережу.

Одним із дієвих механізмів, спрямованих на більш раціональне використання обмежених коштів фондів ОМС, є формулярна система (ФС) [80, 82]. Рекомендації ВООЗ та досвід успішного функціонування формулярних систем в країнах з високим рівнем охорони здоров'я вказують, що при розробці формулярних списків доцільно проводити маркетинговий, фармакоеконічний та клініко-еконічний аналізи [26].

Основними параметрами якості надання фармацевтичної допомоги згідно з вимогами ВООЗ є ефективність, доступність та раціональне використання лікарських засобів (ЛЗ). Серед різноманітних еконічних механізмів найбільший вплив на вказані параметри здійснюють механізми ціноутворення, оподаткування, страхування та кредитування. З точки зору фармаеконіки вищевказані механізми можна розглядати як соціально-еконічні механізми регулювання процесу надання населенню якісної фармацевтичної допомоги.

Фармаекономічні механізми – це складові ринково-економічних відносин у системі ОМС, які забезпечують вплив на зовнішні та внутрішні фактори, що формують доступність і, як наслідок, якість фармацевтичної допомоги, що надається населенню. Вони постають соціально-економічними та організаційно-структурними інструментами формування рівня якості фармацевтичної допомоги, який, у свою чергу, повинен відповідати фінансовим можливостям системи охорони здоров'я і фармації та потребам населення у збереженні життя та здоров'я [46, 82]

За матеріалами розділу опубліковано 6 наукових праць [87, 89, 93, 95, 97, 98].

1.3 Висновки до розділу 1

1. Вивчено систему надання спеціалізованої медичної та фармацевтичної допомоги дітям в Україні та країнах світу та встановлено, що хвороби органів травлення серед дітей входять в п'ятірку у структурі захворюваності і поширеності з часткою 4,7% та 12% відповідно.

2. Серед хвороб органів травлення вчасно не діагностований та нелікований ХГ визначають першочерговою причиною утворення виразкової хвороби, що може призвести до інвалідизації та раку шлунку. В Україні за останні роки показники захворюваності стабільно високими.

3. Проаналізовано існуючу систему спеціалізованої медичної та фармацевтичної допомоги дітям у ЛПЗ південного регіону України. Визначені інноваційні підходи до розвитку і удосконалення медикаментозного забезпечення хворих дітей та доцільність організаційно-економічного обґрунтування фармакотерапії таких хворих дітей шляхом запровадження формулярних та страхових переліків ЛЗ.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДИСЕРТАЦІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1 Наукове обґрунтування напрямків та об'єктів дослідження

В умовах несприятливої демографічної ситуації, період економічних змін в Україні особливого значення набуває якість здоров'я дитячого населення. Поширеність хвороб органів травлення у дітей, віком 7-14 років у 2,8 разів, а у дітей 15-17 років – у 3,2 рази більше, ніж у дітей, віком 4-6 років. Це, вірогідно, зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями дітей різного віку, терміном дії несприятливих факторів навколишнього середовища, а також умовами перебування в школі [36]. Серед хронічних захворювань органів травлення у дітей та підлітків важливе місце займає патологія гастродуоденальної зони, зокрема хронічні гастрити і дуоденіти.

Медико-соціальне значення цієї проблеми зумовлене достатньо високим поширенням захворювання, його рецидивуючим перебігом, можливістю розвитку тяжких ускладнень, зниженням ЯЖ, високою ймовірністю формування первинної інвалідності дорослих, що в майбутньому впливає на працездатність та довголіття населення. Хронічний гастродуоденіт (ХГД) зустрічається у 50-70% пацієнтів із захворюваннями верхніх відділів травного шляху. Близько 70% дітей страждають на ХГД вже у віці 5-6 років, хоча він діагностується значно пізніше [11, 21, 38].

Основні принципи надання медичної та фармацевтичної допомоги залежать від характеру, форми гастриту і дуоденіту, а також фази захворювання дітей та включають достатньо велику кількість фармакотерапевтичних груп ЛЗ. Пацієнтам, що хворіють на *H. pylori*-асоційовані форми гастриту і дуоденіту, призначають антихелікобактерну терапію. Найбільша частота інфікованості *H. pylori* з віком збільшується, досягаючи рівня дорослих до 12–14 років. Широке використання антибактеріальних препаратів у дитячому віці обумовлює збільшення антибіотикорезистентності штамів *H. pylori* серед дитячого

контингенту пацієнтів. Особо важливим залишається питання правильного вибору антибактеріальних препаратів для проведення ефективної ерадикації *H. pylori* саме в педіатричній практиці. Постстаціонарне лікування безрецептурними препаратами потребує додаткових витрат коштів сім'ї хворої дитини [25, 76].

На даний момент в Україні відповідно до рекомендацій ВООЗ «Фокус на пацієнта» реалізується Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я на 2011-2020 роки, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України № 769 від 13.09.2010 р. (із змінами) [113].

Побудова єдиного інформаційного поля в сфері обігу ліків визначено одним з пріоритетних завдань Концепції, а саме: здійснення комплексу заходів щодо обґрунтування і забезпечення фармацевтичних інформаційних ресурсів, створення та функціонування профільних комп'ютерних баз даних про ЛЗ, спрямованих на якісне, своєчасне та економічно вигідне лікарське забезпечення населення.

Виконання цих завдань можливо завдяки впровадженню результатів фармакоеконімічного аналізу з використанням комп'ютерних технологій в роботу ЛПУ, та створенню локальних формулярних переліків.

Тому організаційно-економічні аспекти лікарського забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, були обрані для подальших досліджень.

В підтвердження актуальності теми були обрані наступні напрямки дослідження:

- аналіз захворюваності і поширеності гастритів і дуоденітів у дітей;
- визначення проблеми фармацевтичного забезпечення даних хворих в умовах впровадження медичного страхування в Україні;
- вивчення основних класів захворювання дітей на гастрит і дуоденіт;
- дослідження основних фармакотерапевтичних груп ЛЗ для проведення лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт;

- проведення маркетингового аналізу вітчизняного фармацевтичного ринку ЛЗ, що використовуються для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, дослідження асортименту ЛЗ, розрахунки показників їх цінової доступності (коефіцієнти ліквідності ціни, адекватності платоспроможності);
- здійснення клініко-економічної оцінки призначень ЛЗ при стаціонарному лікуванні;
- проведення фармакоекономічного аналізу основних схем фармакотерапії;
- проведення експертної оцінки ЛЗ педіатрами (гастроентерологами);
- автоматизація процесів створення формулярного переліку ЛЗ;
- визначення формулярного переліку ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт в ЛПЗ.

Відповідно до здійснення поставлених завдань та напрямків дисертаційної роботи об'єктами дослідження були обрані: дані щодо захворюваності дітей на гастрит і дуоденіт згідно з МКХ-10 (клас К.29); інформація про ЛЗ, які застосовуються для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт; листки призначень з історій хвороб (291); теоретичний арсенал ЛЗ; анкети експертних оцінок лікарів-педіатрів (96) лікувально-профілактичних закладів Миколаївської, Одеської, Херсонської областей ефективності, безпечності, частоти та перспективності використання ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт; довідники про профільні ЛЗ; стандарти (протоколи) діагностики і лікування; релевантні публікації періодичних видань та сайти ООН, ВООЗ тощо з питань медицини та фармації в мережі Internet; нормативні і законодавчі документи; офіційні дані Державного експертного центру МОЗ України про реєстрацію ЛЗ, прайс-листи провідних оптових фармацевтичних фірм, представлені в програмному комплексі «Аптека».

2.2 Загальна методика та методи проведення дисертаційних досліджень

З метою наукового обґрунтування організаційно-економічних засад удосконалення лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт була розроблена методика проведення дисертаційного дослідження.

Кожен етап наукової роботи забезпечувався необхідними методами дослідження та мав достатній обсяг матеріалів. Загальна методика дисертації представлена в табл. 2.1.

У ході виконання дисертаційної роботи були використані наступні методи дослідження:

- ретроспективний, історичний, логічний, бібліосемантичний, нормативно-правовий, системний, аналітичний – для оцінки стану та визначення проблем лікарського забезпечення дітей;
- економіко-статистичний, графічний аналіз – для оцінки стану захворюваності дітей на хвороби органів травлення, в т.ч. гастрит і дуоденіт;
- маркетинговий аналіз – вивчення фармацевтичного ринку ЛЗ для лікування гастриту і дуоденіту в Україні;
- АВС-, VEN-, частотний аналіз – оцінка ефективності призначень ЛЗ дітям, хворим на гастрит і дуоденіт, в стаціонарних умовах;
- методи «вартість-ефективність» та «мінімізація вартості» фармакоекономічного аналізу – для визначення оптимальних схем лікування хворих дітей;
- методи експертних оцінок, анкетного опитування, безпосереднього спостереження – для оцінки ефективності, безпечності препаратів та визначення факторів, що впливають на їх призначення відповідними фахівцями;
- моделювання, інформаційний аналіз – для формування локальних формулярів і страхових переліків ЛЗ.

Таблиця 2.1

Загальна методика дисертаційної роботи

№ з/п	Етапи дослідження	Основні напрямки дослідження	Методи дослідження	Основні результати
I етап	Дослідження сучасного стану надання медичної допомоги дітям в Україні	Аналіз епідеміологічних даних, систематизація теоретичних основ надання медичної і фармацевтичної допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт.	Ретроспективний, історичний, логічний, бібліосемантичний, нормативно-правовий, системний, аналітичний	Узагальнено теоретичні аспекти медичної і фармацевтичної допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт (розділ I)
II етап	Вивчення фармацевтичного ринку препаратів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт	Аналіз даних Державного реєстру ЛЗ України, цін основних фармакотерапевтичних груп ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт, розрахунки коефіцієнтів ліквідності, адекватності платоспроможності, визначення доступності ЛЗ.	Маркетинговий	Методичні рекомендації «Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт», Методика створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт (розділ III)

Продовження табл. 2.1

↓				
III етап	Опрацювання схем фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт	Дослідження структури лікарських призначень, виявлення основних схем фармакотерапії в умовах стаціонару, використання фармакоекономічних методів аналізу для оцінки та оптимізації витрат на лікування	ABC-, VEN-, частотний аналіз; методи «вартість-ефективність» та «мінімізація вартості» фармакоекономічного аналізу.	Методичні рекомендації «Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт», Методика фармакоекономічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт; Методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт (розділ IV)
↓				
IV етап	Автоматизація створення локальних формулярних переліків	Проведення експертного дослідження лікарських препаратів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт, формування переліку рекомендованих груп ЛЗ для подальшого формування локальних формулярних і страхових переліків ЛЗ, використання сучасних інформаційних технологій.	експертних оцінок, анкетного опитування, безпосереднього спостереження; моделювання, інформаційний аналіз.	Методичні підходи до створення переліків лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт; Методика створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт (розділ II, V)

На першому етапі проведено дослідження науково-практичних аспектів захворюваності й фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт та їх ускладнень, що здійснювалося на аналізі фахової літератури, а також вивчення особливостей надання стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю за умов впровадження медичного страхування (вивчення нормативно-правової бази надання медичної і фармацевтичної допомоги, листів-призначень з історій хвороб в ЛПЗ з гастроентерологічними ліжками або відділеннями південного регіону України).

На другому етапі – дослідження основних фармакотерапевтичних груп ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт та маркетинг-аналіз сучасного вітчизняного ринку ЛЗ для лікування даної категорії хворих з метою визначення наявності та доступності цих ЛЗ.

На третьому етапі – обґрунтування вибору методу фармакоекономічного аналізу, фармакоекономічне моделювання витрат на лікування за допомогою удосконаленої інформаційно-аналітичної системи «Фармексперт Сервіс», фармакоекономічний аналіз основних схем фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт, використовуючи частотний, ABC-, VEN-аналізи. Дані дослідження дозволяють визначити ефективність призначень ЛЗ, а також найоптимальніші схеми фармакотерапії.

На четвертому етапі проведено експертне дослідження лікарських препаратів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт за допомогою анкетування профільних фахівців, формування переліку рекомендованих груп ЛЗ для подальшого формування локальних формулярних і страхових переліків ЛЗ для впровадження у лікувально-профілактичних і фармацевтичних закладах для хворих дітей на гастрит і дуоденіт.

На початкових етапах поставлених завдань необхідним є обрання алгоритмів дій, правильне користування існуючими методами збору, обробки та узгодження інформації. Найбільш вживаними та розвинутими з них є методи експертних оцінок [129, 136, 150], що дозволяють раціонально організувати проведення аналізу проблеми з кількісною оцінкою суджень і обробкою їх

результатів. Для підвищення ступеня об'єктивності та якості процедури прийняття рішень доцільно враховувати думки кількох експертів. З цією метою проводиться групова експертиза, в процесі якої кожен з учасників може мати своє бачення вирішення поставленого завдання або оцінку поставленої проблеми. Після того як отримані оцінки від кожного експерта, їх необхідно поєднати і розрахувати сумарну оцінку, яка і буде вважатися остаточною.

Найбільш складною частиною у здійсненні експертних досліджень є проблема підбору експертів, тому що не існує ідеальних методів. Оцінити компетентність експертів також дуже важко. Успішна участь в попередніх опитуваннях – позитивний критерій в діяльності лікаря. Використання формальних характеристик фахівців (посада, вчені ступінь і звання, стаж, проходження підвищення кваліфікації тощо) носить лише допоміжний характер, бо сучасні умови досить швидко змінюються.

Всі проблеми можна умовно поділити на дві групи: з достатнім і недостатнім інформаційним потенціалом. Для перших є необхідним обсяг знань і досвіду щодо їх вирішення. Тому по відношенню до цих проблем експерти є якісними джерелами і досить точними вимірниками інформації. На підставі цього узагальнена думка групи експертів визначається усередненням їх індивідуальних суджень і є близькою до істинного. Щодо проблем другої групи експерти вже не можуть розглядатися як досить точні вимірники. Застосування методів осереднення в цьому випадку може призвести до значних помилок, бо думка одного експерта, що істотно відрізняється від думки інших експертів, може виявитися правильною. У зв'язку з цим для даних проблем повинна застосовуватися якісна обробка результатів експертного оцінювання з урахуванням компетентності спеціалістів [51, 70, 129].

Нами був опрацьований алгоритм проведення експертної оцінки ЛЗ, які застосовуються для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт, шляхом анкетування фахівців сучасної системи охорони здоров'я України (рис. 2.1).

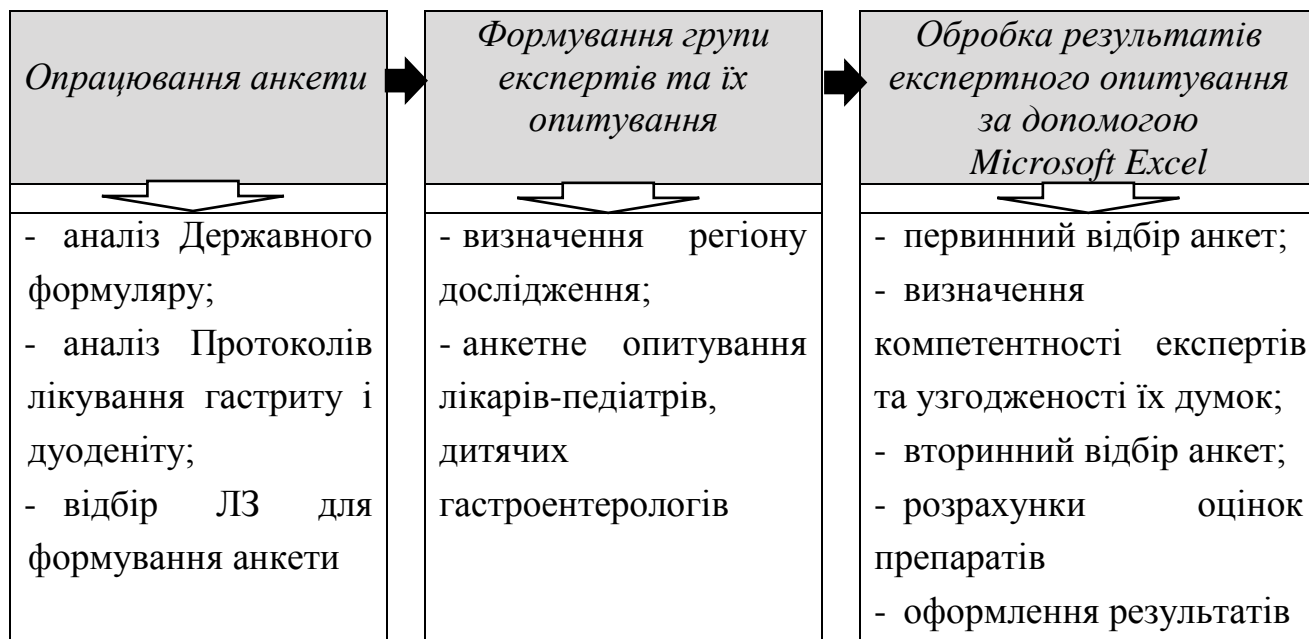


Рис. 2.1 Алгоритм проведення експертної оцінки ЛЗ, які застосовуються для лікування хворих на гастрит і дуоденіт

Регіоном опитування було обрано Миколаївську, Одеську та Херсонську області України. Анкети були розіслані в амбулаторні (20 %) та стаціонарні (80 %) ЛПЗ.

В результаті було отримано 96 заповнених анкет. Після первинного відбору були відбраковані анкети, заповнені з помилками. Після чого залишилося 88 анкет. Всі дані з них були перенесені до комп'ютеру для подальшої обробки за допомогою прикладних програм Microsoft Excel.

В опитуванні взяли участь кваліфіковані фахівці, з яких педіатри – 81 %, дитячі гастроентерологи – 17 % та сімейні лікарі – 2 %. Більшість респондентів за останні 5 років проходила курси підвищення кваліфікації (74 %) або планували це зробити в поточному році.

На рис. 2.2 і 2.3 представлений розподіл опитуваних експертів за стажем роботи та кваліфікаційною категорією.

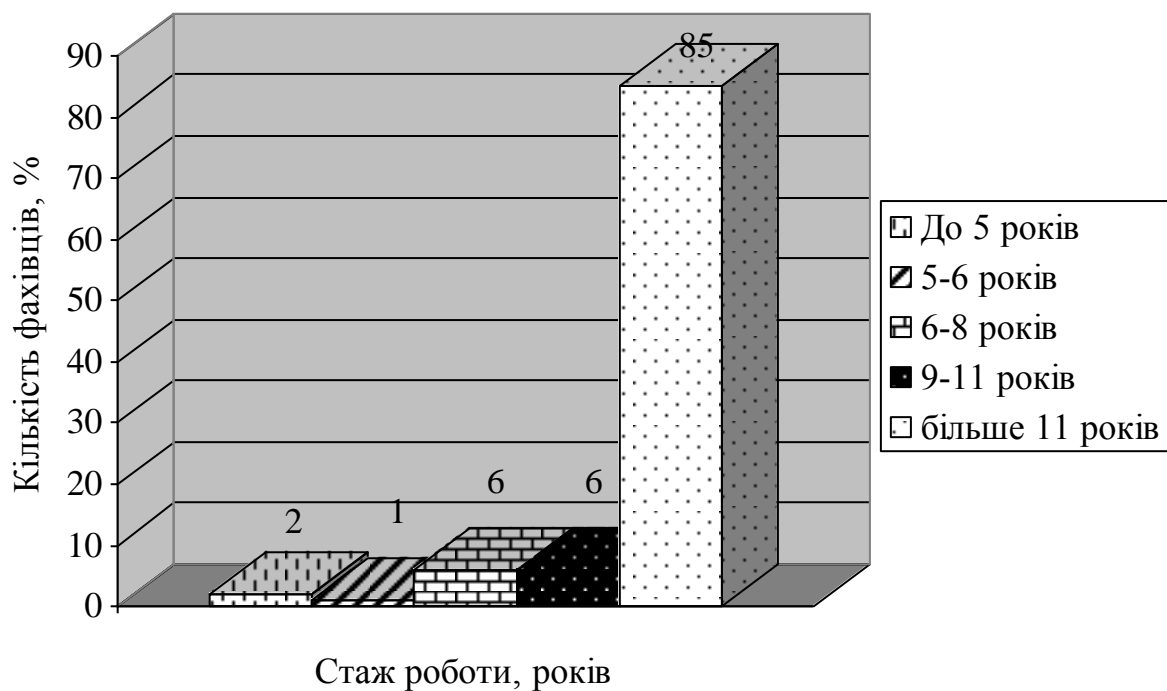


Рис. 2.2 Розподіл експертів за стажем роботи

Як видно з рисунків основна частина експертів мала вищу категорію (59 %) та стаж роботи більше 11 років (85 %).

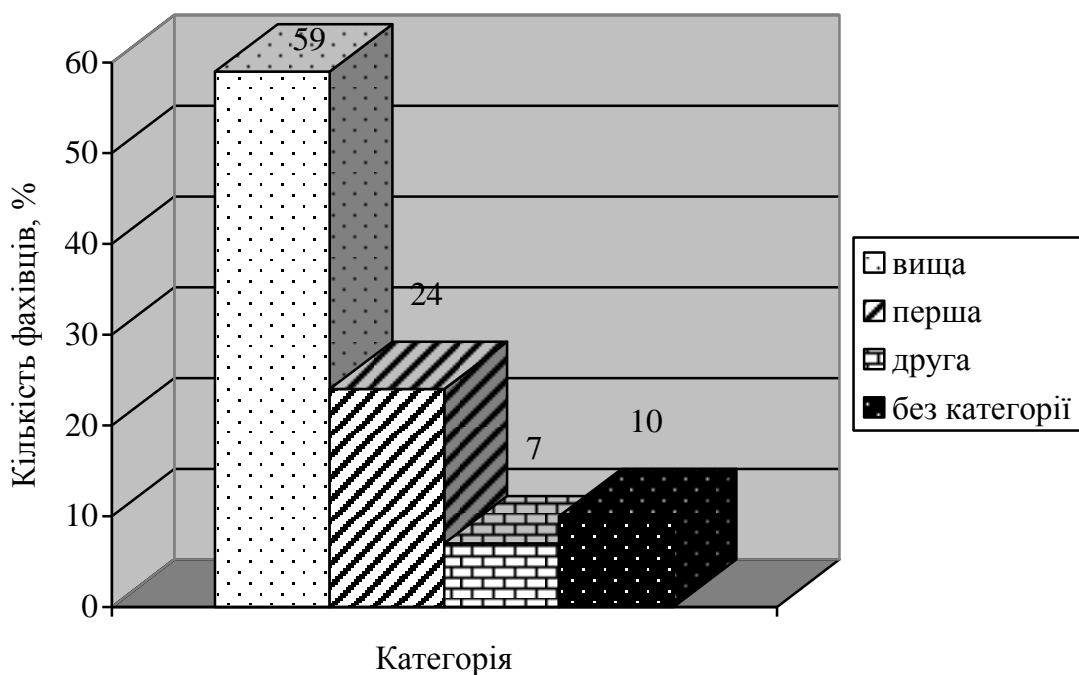


Рис. 2.3 Розподіл експертів за кваліфікаційною категорією

Визначення компетентності експертів проводилося за допомогою системи ранжування показників анкети в балах (табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Характеристика компетентності експертів в балах

№ з/п	Характеристика експерта	Бали	№ з/п	Характеристика експерта	Бали		
1	2	3	1	2	3		
1	<i>ЛПЗ, в якому працює експерт</i>		7	<i>Характеристика поінформованості респондентів та переваги до виробників</i>			
	поліклініка	2					
	стаціонар	3					
2	<i>Спеціальність</i>						
	гастроентеролог	3					
	педіатр	2					
	сімейний лікар	2					
3	<i>Категорія</i>				8	<i>Фактори, що впливають на призначення ЛЗ</i>	
	вища	3					
	перша	2					
	друга	1					
	без категорії	0					
4	<i>Підвищення кваліфікації</i>						
	наявне	1					
	немає останніх 5 років	0		<i>Джерела інформації про ЛЗ</i>			
				Власний досвід	2		
5	<i>Наявність наукового ступеня</i>			Дані доказової медицини	3		
	доктор медичних наук	3		Поради колег та провізорів	1		
	кандидат медичних наук	2		Інформація від медичних працівників	1		
	магістр	1		Реклама в ЗМІ	1		
	без ступеня	0		Конференції, конгреси тощо	3		
				Фахові наукові видання	3		
6	<i>Стаж роботи</i>			Інші джерела інформації	1		
	до 5 років	1					
	5-6	2	9	<i>Виробники ЛЗ, яким надають перевагу</i>			
	6-8	3		вітчизняні	3		
	9-11	4		імпортні	1		
	Більше 11 років	5		в рівній мірі	2		

Після підсумку отриманих балів кожним експертом, отримали їх компетентність, виражену в балах (табл. 2.3).

Після чого відібрали анкети для подальшого аналізу.

Таблиця 2.3

Розподіл експертів за кількістю набраних балів

Кількість балів		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Кількість експертів	Абс.	2	2	5	3	7	7	13	17	8	6	11	7
	%	2,2	2,2	5,7	3,4	8,0	8,0	14,8	19,3	9,1	6,8	12,5	8,0

Також визначили компетентність іншим методом [79] з урахуванням використання зареєстрованих ЛЗ в лікувальній практиці, кваліфікаційних характеристик та професійного рівня знань. Для цього розраховували послідовно чотири нижчеперелічені складові коефіцієнту компетентності.

K_1 – коефіцієнт використання асортименту ЛЗ (2.1).

$$K_1 = \frac{(B + C) - B - 0,5\Gamma}{A} + \frac{Ч}{A + C}, \quad (2.1)$$

де A – загальна кількість препаратів певної фармакологічної групи, що широко застосовується в лікувальній практиці;

B – кількість препаратів досліджуваної групи, яку застосовує даний експерт;

B – кількість препаратів досліджуваної групи, яку не застосовує даний експерт;

Γ – кількість препаратів досліджуваної групи, які рідко застосовує фахівець;

$Ч$ – кількість препаратів досліджуваної групи, які найчастіше застосовує фахівець;

C – кількість препаратів досліджуваної групи, які застосовує фахівець, але їх немає в переліку.

K_2 – коефіцієнт поінформованості – для вивчення професійного рівня експертів розраховували як суму балів джерел, з яких вони беруть інформацію про нові ЛЗ: спеціалізована література – 3 бали, конференції, конгреси тощо – 3 бали, курси підвищення кваліфікації – 3 бали, власні дослідження – 2 бали, інформація фармацевтичних працівників або медичних працівників – 1 бал, інтернет – 1 бал.

K_3 – коефіцієнт кваліфікаційного рівня – показник придбаного досвіду в практичній діяльності (2.2):

$$K_3 = \frac{2M+T}{3}, \quad (2.2)$$

де M – стаж роботи фахівця за даною спеціальністю;

T – загальний стаж роботи.

Показники M і T вираховували через показник придбаного досвіду: менше 3 років – 0,1, 3-5 років – 0,3, 5-8 років – 0,5, 8-10 років – 0,8, понад 10 років – 1,0.

Коефіцієнт K_4 – наукова і кваліфікаційна характеристика фахівця від 0 до 1,0 балів: заслужений діяч науки – 1,0, доктор наук – 0,8, кандидат наук – 0,5, вища категорія – 0,3, перша – 0,2, друга – 0,1.

Після підрахунку загального коефіцієнту компетентності, що розраховували за формулою (2.3), робили висновки щодо відбору анкет для подальших досліджень.

$$K_k = \frac{2K_1 + 3K_2 + K_3 + K_4}{6} \quad (2.3)$$

Отримані результати коефіцієнтів компетентності (K_k) були умовно поділені на 5 груп: дуже низька компетентність (значення $K_k = 0,1 - 0,2$), низька (0,21 - 0,4), достатня (0,41 - 0,6), висока (0,61 - 0,8) та дуже висока (близько 1,0) [79, 82]. Після чого обрали 36 експертів, починаючи від рівня достатньої компетентності (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Характеристика коефіцієнту компетентності експертів

№ анкети	K_1	K_2	K_3	K_4	K_k	№ анкети	K_1	K_2	K_3	K_4	K_k
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	-0,07	11	0,5	0	0,56	38	-0,6	11	1	0,3	0,52
2	-0,03	12	0,3	0	0,54	39	-0,07	12	1	0,2	0,68
3	-0,07	12	0,3	0	0,53	40	-0,2	9	1	0,2	0,53
9	0,9	11	1	0	0,97	45	-0,06	13	1	0,2	0,68
11	0,3	13	1	0	0,77	46	-0,24	11	1	0,2	0,62
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
12	0,5	6	1	0,3	0,63	50	-0,3	9	1	0,2	0,50
13	-0,4	12	1	0,3	0,58	51	0,42	3	1	0,2	0,49

Продовження табл. 2.4

1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
14	-0,12	11	0,4	0	0,53	55	0,07	12	1	0,2	0,72
15	-0,14	11	1	0,3	0,67	57	0,3	15	1	0,1	0,78
16	0,6	8	1	0,3	0,67	60	-0,2	12	1	0,2	0,63
21	0,9	8	1	0,3	0,77	61	0,7	8	1	0,3	0,70
22	0,9	11	1	0,3	1,00	64	-0,3	11	1	0,1	0,58
23	-0,09	10	1	0,3	0,59	68	0,03	10	1	0,2	0,61
27	-0,4	12	1	0,3	0,58	71	0,3	7	1	0,3	0,57
28	-0,07	12	1	0,3	0,69	74	-0,4	11	1	0,2	0,57
32	0,73	7	1	0,3	0,71	90	0,83	11	1	0,3	0,99
36	-0,4	12	1	0,3	0,58	93	0,32	12	1	0,3	0,82
37	0,6	7	1	0,3	0,67	96	-0,65	11	1	0,3	0,50

Ступінь узгодженості думки експертів визначалася за допомогою коефіцієнта конкордації [70]. Дані для розрахунку коефіцієнта конкордації зводили в таблицю наступного вигляду (табл. 2.5). Експертні оцінки замінялися їх рангами.

Таблиця 2.5

Методологія визначення ступеня узгодженості думок фахівців

Об'єкт ранжування	Експерт					
	1	2	...	k		
1	Z_{11}	Z_{12}		Z_{1k}	$\Sigma = Z_{1*}$	$\left(z_{1*} - \frac{k(n+1)}{2}\right)^2$
2	Z_{21}	Z_{22}		Z_{2k}	$\Sigma = Z_{2*}$	$\left(z_{2*} - \frac{k(n+1)}{2}\right)^2$
...	Σ	...
n	Z_{n1}	Z_{n2}		Z_{nk}	$\Sigma = Z_{n*}$	$\left(z_{n*} - \frac{k(n+1)}{2}\right)^2$
-	T_1	T_2	...	T_n		$\sum_{j=1}^n \left(z_{j*} - \frac{k(n+1)}{2}\right)^2$

Де Z – ранг кожного ЛЗ експертних оцінок.

Сума рангів, що надав один експерт всім об'єктам:

$$z_{*k} = \frac{1}{2} k \cdot (n + 1) \quad (2.4)$$

Загальну суму рангів, що надали всі експерти, розраховували за формулою:

$$z_{**} = \frac{1}{2} k \cdot n(n+1) \quad (2.5)$$

Сума квадратів відхилення від середнього має наступний вигляд:

$$\Delta = \sum_{j=1}^n \left(z_{j*} - \frac{k(n+1)}{2} \right)^2 \quad (2.6)$$

Максимальна сума квадратів відхилення представляє собою:

$$T_i = \sum_{i=1}^n \frac{1}{12} k^2 n(n^2 - 1) \quad (2.7)$$

При співпаданні всіх оцінок експертів коефіцієнт конкордації дорівнює 1. Чим гірше узгодження в оцінках фахівців, тим менше коефіцієнт конкордації. Коефіцієнт конкордації представляє собою наступне співвідношення (2.8):

$$W = \frac{\sum_{i=1}^n (z_{i*} - \frac{1}{2}(k+1))^2}{\frac{1}{12} k^2 n(n^2 - 1)} \quad (2.8)$$

Розрахункове значення дорівнювало 0,86, що свідчить про високий ступінь узгодженості думок експертів.

Критерій значущості коефіцієнту конкордації визначається статистикою χ^2 . Порівнювали розрахункове значення χ^2 (2.9) з критичним. Якщо розрахункове значення критерію більше за критичне, то значущість результату визначається на рівні $P < 0,01$. В якості критичної точки використовується розподіл $\chi^2(0,01, k-1)$.

$$\chi^2 = \frac{12}{m \cdot n(n+1)} \sum_{j=1}^n \sum_{i=1}^{m_j} R_{ij}^2 - 3 \cdot m(n+1) \quad (2.9)$$

Розрахункове значення χ^2 дорівнювало 240,4, а критичне – 40,6, що було взяте з $k-1$ ступенями свободи. Даний результат свідчить про високу ступінь надійності отриманих результатів.

Подальший детальний опис створення анкети (Додаток Б) та інтерпретація результатів експертної оцінки ЛЗ для лікування гастриту і дуоденіту у дітей знаходяться в 5 розділі дисертаційної роботи.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Дитячому організму властива особлива динаміка розвитку, навіть у межах однієї патології можна виділити дуже специфічні ознаки залежно від віку дитини. Гастродуоденальна патологія з'являється у дітей в критичні періоди розвитку, які характеризуються зменшенням діапазону адаптаційних реакцій і підвищенням чутливості організму до екзогенних впливів. Цьому сприяють наявність індивідуальних особливостей функціональних типів моторної та секреторної функцій шлунка [16].

3.1 Визначення основних класів захворювань населення на гастрит і дуоденіт

Класифікація гастритів завжди була складним і дискусійним питанням. На всіх етапах вивчення цього захворювання пропонувалися різні класифікації, які включали клінічні, функціональні топографічні та морфологічні критерії. Однак наприкінці минулого століття наукові погляди на етіологію і патогенез хронічного гастриту (ХГ) були корінним чином переглянуті, що в першу чергу пов'язано з визначенням ролі *H. pylori* у розвитку захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки [27, 64].

У Міжнародній класифікації захворювань десятого перегляду (МКХ - 10) хронічний гастрит (гастродуоденіт) характеризується з точки зору етіології, ендоскопічних і гістологічних змін, характеру кислото-утворюючої функції, стадії і тяжкості процесу [13]. За цією класифікацією досліджуваному класу захворювань присвоєно код K29 «Гастрит і дуоденіт», який має наступні підкласи:

K29.0 гострий геморагічний гастрит. Гострий (ерозивний) гастрит з кровотечею. Виключена: ерозія (гостра) шлунка;

- K29.1 інші гострі гастрити;
- K29.2 алкогольний гастрит;
- K29.3 хронічний неатрофічний (поверхневий) гастрит;
- K29.4 хронічний атрофічний гастрит;
- K29.5 хронічний гастрит неуточнений;
- K29.6 інші гастрити;
- K29.7 гастрит неуточнений;
- K29.8 дуоденіт;
- K29.9 гастродуоденіт неуточнений

В даний час в світі найбільш поширена Сіднейська класифікаційна система ХГ, яка була прийнята в 1990 р. на 9-му Міжнародному конгресі гастроентерологів у Сіднеї [27, 44]. Відповідно до цієї класифікації виділяють три основних види гастритів: гострий, хронічний і особливі (спеціальні) форми. Діагностика гастритів здійснюється з урахуванням етіології, характеру морфологічних змін слизової оболонки шлунку і переважної їх локалізації.

Сіднейська класифікація хронічного гастриту:

❖ Тип гастриту

- Гострий

- Хронічний

- «Особливі» (спеціальні) форми: реактивний; лімфоцитарний; еозинофільний; гіпертрофічний; гранулематозний; інші.

❖ Локалізація ураження

- Антральний відділ

- Тіло шлунка

- Пангастрит (гастрит антрума і тіла шлунку)

❖ Морфологічні зміни

- Ступінь запалення

- Активність запалення

- Атрофія шлункових залоз

- Метаплазія

- Обсіменіння слизової *H. pylori*

❖ Етіологічні чинники

- Інфекційні (*H. pylori*)

- Неінфекційні: аутоімунні; алкогольний; постгастрорезекційні;

зумовлений прийомом НПЗЗ; зумовлений хімічними агентами

❖ Опис морфологічних змін доповнюється описом ендоскопічних категорій гастритів:

- ериматозні / ексудативний гастрит (поверхневий гастрит);

- плоскі ерозії;

- підняті ерозії;

- геморагічний гастрит;

- гіперпластичний гастрит;

- гастрит, що супроводжується ДГР (рефлюкс-гастрит).

В Сіднейській класифікації зазначено, що ХГ – це клініко-морфологічний діагноз, формується на основі оцінки чотирьох ознак: етіологічних факторів, локалізації патологічного процесу, гістологічних, макроскопічних змін слизової оболонки, які необхідно виявляти при ендоскопії. Представлені клінічні форми (типи) гастритів мають характерні морфологічні критерії [44].

Аутоімунний атрофічний гастрит (тип А) тривалий час протікає з ізольованим ураженням фундального відділу шлунка і з прогресуючим пригніченням шлункової секреції, аж до ахлоргідрії та ахілії. При цьому стані за механізмом негативного зворотного зв'язку розвивається гіпергастринемія. У крові у хворих діагностуються специфічні аутоантитіла до антигенних детермінант обкладочних клітин шлункових залоз, іноді також до внутрішнього фактору Касла. Цим пояснюється часте (40%) поєднане протягом ХГ типу А з анемією Аддісона-Бірмера. Ймовірно, що блокада шлункової секреції соляної кислоти при ХГ типу А обумовлена наявністю аутоантитіл безпосередньо до протонного насосу паріетальних клітин. Аутоантитіла здатні зв'язувати комплемент, що обумовлює їх цитотоксичність, а наявність спадкових чинників надає прогресуючий характер атрофії СОШ.

Хімічний реактивний ХГ (тип С) пов'язаний з токсичною дією на СОШ різних хімічно активних речовин: жовчних кислот і лізолецитіна при дуоденогастральному рефлюксі, деяких ЛЗ і хімічних сполук. Під впливом їх пошкоджуючої дії на СОШ має місце процес дегрануляції тучних клітин, підвищення судинної проникності, гіперемії і запального набряку слизової, проліферації гладком'язових елементів, надалі прогресує атрофічний процес, з'являються осередки кишкової метаплазії в СОШ.

Після резекції шлунка та гастректомії розвивається рефлюкс-гастрит кукси оперованого шлунка, можлива поява гіперпластичних поліпів.

Окремо визначають особливі форми ХГ: лімфоцитарний, гранулематозний, еозинофільний, радіаційний та інфекційний (виключаючи *H. pylori*), але їх частота досить не велика і, як правило, не перевищує 1% [12, 27].

ХГ є частиною послідовних виявів, які призводять до розвитку раку шлунка (РШ). Ланцюг модифікацій СОШ, що характеризується спочатку запальною інфільтрацією, подальшим виникненням феномену кишкової метаплазії, призведенням до атрофії, дисплазії (неоплазії) епітелію та спричиненням РШ кишкового типу, називається каскадом Корреа.

У хворих на РШ в 60 – 80 % випадків спостерігається хронічний атрофічний гастрит (ХАГ). У процесі тривалого спостереження за хворими на ХАГ науковцями виявлено, що через 10 років після діагностування гастриту ранній рак виникає у 1 зі 150 пацієнтів, а через 15 років – у 10 %. Частота розвитку ХАГ кожного року становить 1 – 3 %. Присутній зв'язок між поширенням атрофічного гастриту, кишковою метаплазією та аденокарциномою. Поява кишкової метаплазії збільшує в 10 разів ймовірність діагностування РШ.

Сьогодні достатньо розповсюджені *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)-асоційовані захворювання. Їх морфологічною основою є ХГ. Більшість хворих інфікується *H. pylori* ще в дитинстві, кожного року *H. pylori* уражує до 0,5 % дорослих. У разі інфікування розвивається гострий нейтрофільний гастрит, який без належної фармакотерапії переходить у хронічний процес. У 80 % *H. pylori*-інфікованих до 10 років зберігаються специфічні гістоморфологічні ознаки

хронізації інфекції – осередкове ушкодження епітеліальних клітин та запальний інфільтрат у власній слизовій оболонці, який складається з поліморфонуклеарних лейкоцитів, еозинофілів та мононуклеарних клітин. Останні містять Т- та В-лімфоцити, моноцити та плазмоцити. У нормі виділені специфічні діагностичні ознаки хронічної *H. pylori*-інфекції (лімфоїдні фолікули) відсутні.

Маастрихтським консенсусом III виділено 2 стадії перебігу гастриту, асоційованого з *H. pylori*. На ранній стадії характеризується вірогідно вищими результатами ерадикації. На пізній стадії має достатньо високий ризик виникнення некардіального раку кишкового типу, тому що антихелікобактерна фармакотерапія може виявитися неефективною і не буде можливості зупинити прогресування гастриту.

Таким чином, найважливішим чинником ризику РШ загально визнано *H. pylori*. За даними мета-аналізу 12 досліджень, тривалий перебіг гастриту, асоційованого з *H. pylori*, збільшує ризик РШ в 6 разів. При проведенні профілактики 90 % випадків РШ, який пов'язаний з хелікобактерним гастритом, загально визнано, що 65 - 85 % некардіального РШ можна запобігти завдяки проведенню своєчасної ерадикаційної терапії *H. pylori* [131, 132].

Профілактика РШ є важливим питанням у діагностиці та лікуванні ХАГ. В Сіднейській системі зміни в антрумі й тілі шлунка розглядаються окремо, що призводить до відсутності чітких критеріїв стратифікації ризику розвитку РШ, ускладнює аналіз зменшення запалення та атрофії. Запропоновано виділяти два фенотипу хелікобактерної гастриту – класичний антральний і фундальний (мультифокальний). Саме топографічні особливості гастриту, а не вираженість запалення визначають клінічні наслідки інфікування *H. pylori*. Встановлено, що у 1 % хворих антральним хронічним гастритом щорічно розвиваються дуоденальні виразки («виразковий» фенотип ХГ), але у них не виникає РШ. При фундальному та мультифокальному гастритах у 1 % пацієнтів щороку розвивається РШ і практично не зустрічаються дуоденальні виразки («раковий» фенотип ХГ). Фенотип *H. pylori*-асоційованого гастриту впливає на секрецію соляної кислоти. Якщо її рівень низький, то *H. pylori* може колонізувати будь-який відділ шлунка,

при збереженій (підвищеній) кислотності мікроорганізм може вижити лише в антральному відділі з більш високим значенням рН. В даному випадку головну роль у розвитку конкретного фенотипу гратиме вік, в якому відбулося зараження, оскільки для дітей більш характерний стан гіпоацидності, а для дорослих – нормацідність [44].

Незважаючи на те, що цього року виповнилося 25 років з моменту прийняття Сіднейської системи, дана клінічна класифікація ХГ не втратила своєї актуальності і є загально визнаною у більшості країн світу, в т. ч. і в Україні. У 1994 р. запропонована Х'юстонська класифікація ХГ, яка представляє собою модифікацію Сіднейської системи (опублікована в 1996 р.). Однак до Сіднейсько-х'юстонської класифікації існують критичні зауваження: вказується на відсутність у ній клінічних показників стадії перебігу захворювання (загострення, ремісія) і функціональної оцінки секреторної функції шлунка (нормальна, підвищена або знижена секреція соляної кислоти).

Модифікована Сіднейська класифікація передбачає підрозділ хронічного гастриту з етіології та топографії морфологічних змін. Виділяють три типи гастриту:

- неатрофічний (поверхневий) гастрит;
- атрофічний гастрит;
- особливі форми хронічного гастриту (лімфоцитарний, еозинофільний, гранулематозний, хімічний, променевий).

З інфекцією *H. pylori* асоційовані неатрофічний антральний гастрит і мультифокальний атрофічний гастрит із залученням тіла і антрального відділу шлунка. Атрофічний гастрит тіла шлунка має аутоімунне походження [64].

Сучасна класифікація ХГ відповідає Сіднейській класифікації (1990) з доповненнями для дитячого віку, що виконані співробітниками кафедри дитячої гастроентерології ХМАПО та ШІАІГ АМН України. Вона затверджена та поширена в Україні з 2000 року. Згідно з цією класифікацією ХГ розрізняють:

- ❖ за етіологією:
 - інфекційний(бактеріальний НР-асоційований, вірусний, грибковий);

- хімічний (рефлюкс-гастрит);
- алергічний;
- особливі форми (еозинофільний, гранулематозний та ін.);
- недиференційований за етіологічним чинником;
- ❖ за локалізацією:
 - осередковий (антральний, фундальний);
 - розповсюджений (пангастрит);
 - за морфологічними ознаками:
 - ендоскопічна характеристика: поверхневий, гіпертрофічний, ерозивний, геморагічний, змішаний, субатрофічний;
 - гістологічна характеристика: поверхневий, дифузний з ураженням залоз без атрофії, атрофічний;
 - за станом секреторної функції шлунку, підвищена, збережена (нормальна), знижена;
 - за стадією (фазою) патологічного процесу: загострення, неповна ремісія, ремісія.

Крім вищенаведеної класифікації, в педіатрії придатна для користування сучасна робоча класифікація ХГ та ХГД, яка прийнята і затверджена в 2002 році у Москві на VII Конгресі педіатрів Росії та країн СНД (табл. 3.1) [12, 117].

У 2008 р. була запропонована нова система оцінки гастриту – Operative Link for Gastritis Assessment (OLGA), яка не використовується в Україні. В ній застосовується оцінка гістологічних ознак вираженості запалення та атрофії в антральному відділі (3 біоптата) і тілі шлунка (2 біоптата) з наступним визначенням ступеня та стадії хронічного гастриту. Ступенем гастриту вважається вираженість сумарної запальної інфільтрації, стадією – вираженість атрофії. Така система направлена на надання повної характеристики гастриту і відображення його динаміки. Чим більш вираженими є атрофія і об'єм поразки, тим вище ризик раку. Пацієнти з діагностованими III і IV стадіями атрофії знаходяться в групі високого ризику розвитку некардіального РШ.

Таблиця 3.1

Робоча класифікація хронічного гастриту, дуоденіту, гастродуоденіту у дітей (2002 р.)

За походженням	Етіологічні фактори	Топографія	Форми ураження шлунку та ДПК		Періоди захворювання	Характер кислотної продукції шлунку
			Ендоскопічно	Морфологічно		
А. Первинний	<i>Інфекційний</i> 1. <i>Helicobacter Pylori</i> 2. Інші бактерії, віруси, гриби <i>Токсичний (реактивний)</i> 1. Екологічні фактори 2. Хімічний 3. Радіаційний 4. Медикаментозний 5. Алкогольний 6. Нікотинний 7. Стресові стани	1. Гастрит: – Антральний – Фундальний – Пангастрит 2. Дуоденіт: – Бульбіт – Постбульбарний – Пандуоденіт 3. Гастродуоденіт	1. Еритематозний ексудативний 2. Нодулярний 3. З ерозіями (з плоскими або по піднятими ерозіями) 4. Геморагічний 5. З атрофією 6. Змішаний	А. За глибиною ураження: – Поверхневий – Дифузний Б. За характером ураження: 1) з оцінкою ступеня: – Запалення – Активності – Атрофії – Кишкової метаплазії – <i>Helicobacter Pylori</i> 2) без оцінки ступеня: – Субатрофія – Специфічні – Неспецифічні Ступені тяжкості: – Норма (0) – Слабкий (1+) – Середній (2+) – Сильний (3+)	1. Загострення 2. Неповна клінічна ремісія 3. Повна клінічна ремісія 4. Клініко-ендоскопічна ремісія 5. Клініко-ендоскопічна морфологічна ремісія	1. Підвищена 2. Незмінна 3. Знижена
Б. Вторинний	<i>Аліментарний</i> <i>Алергія</i> Хвороба Крона Гранулематоз Целіакія При системних захворюваннях Саркоїдоз					

Також запропонована нова візуально-аналогова шкала визначення стадії гастриту. У кожному з 5 біоптатів оцінюють по 10 правильно орієнтованих залоз. Відзначають кількість атрофованих з них, після множення на 10 визначають відсоток атрофії. Відсотки для кожного біоптату складають, а потім ділять на два для тіла і на три – для антрального відділу. Отримують середній відсоток атрофії. Переводять відсотки у бали: відсутність атрофії (0%) – 0 балів, слабка атрофія (1 - 30%) – 1 бал, помірна атрофія (31 - 60%) – 2 бали, важка атрофія (більше 60%) – 3 бали.

Система OLGA має істотні переваги в порівнянні з попередніми класифікаціями: визначення стадії атрофії дозволяє визначити ризик розвитку у пацієнта РШ; інтегральний підхід дозволяє об'єктивно визначити наявність і вираженість зменшення ступеня запалення і стадії атрофії в результаті лікування [44, 174].

Я. С. Циммерман (2008, 2009) пропонує приєднати до «префікса», «кореня» і «суфіксу» «флексію» (закінчення), яку також варто включати в діагноз, що відобразить функціональну характеристику захворювання:

- ХГ із збереженою (і підвищеною) секрецією;
- ХГ із секреторною недостатністю (помірною, вираженою, тотальною).

У класифікаціях минулих років виділяли особливі форми ХГ (ригідний антрум-гастрит, гігантський гіпертрофічний гастрит (хвороба Менетріє), поліпозний гастрит та ерозивно-геморагічний гастрит). В даний час з урахуванням етіології, патогенезу, морфологічної характеристики, клінічних проявів та перебігу захворювань їх виділяють в окремі форми і не пов'язують з ХГ [27].

Таким чином, Сіднейсько-Х'юстонська класифікація ХГ демонструє сучасні знання про захворювання, окремо позначає типи гастритів, їх етіологічний фактор і характер ураження СОШ. Нова класифікаційна система гастритів OLGA дає можливість стратифікувати ризик розвитку РШ у хворих на ХГ, вирішує проблему оцінки зменшення патологічних змін в СОШ в

результаті лікування. Сучасні підходи до лікування ХГ строго диференційовані, враховують етіологію і патогенез кожної конкретної форми ХГ, дозволяють запобігти розвитку виразкової хвороби та РШ, сприяють регресу патологічних процесів в СОШ.

3.2 Дослідження основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

Дитячий організм характеризується особливим динамізмом розвитку і залежно від віку дитини можна виділити специфічні ознаки в межах перебігу захворювання [15]. Результати аналізу поширення захворювань органів гастродуоденальної зони серед дітей в Україні свідчать про зростання їхньої частоти, насамперед за рахунок виявлених уперше в житті випадків захворювань [37].

Забезпечення права дитини на доступну та якісну медичну допомогу, збереження її життя та здоров'я можливе лише за умов надання дітям стандартизованої медичної і фармацевтичної допомоги [127]. Медична допомога надається лише у межах закладів охорони здоров'я з обов'язковим медичним страхуванням (ОМС) або за державними цільовими програмами в умовах обмеженого ресурсного фінансування. Тому рівень й ефективність її надання повинні регулюватись з боку державних органів та знаходитись під адміністративним контролем [80]. Системний підхід до стандартизації може забезпечити реалізацію законодавства України щодо охорони здоров'я для розробки реального механізму управління якістю медичної та фармацевтичної допомоги [49].

Нагальним завданням є гармонізація вітчизняної системи охорони здоров'я та соціального захисту населення з рівнем держав Європейського Союзу, розвиток фармацевтичної діяльності у напрямку стратегії ВООЗ щодо обов'язкового впровадження на державному рівні всеохоплюючої системи

забезпечення якості лікарських засобів (ЛЗ) через інфраструктуру належного державного регулювання.

Дослідження у сфері оптимізації лікарського забезпечення дітей з інфекційними захворюваннями (гострі респіраторні інфекції та гострі кишкові інфекції) проводилися Ю.В. Майнич [65, 66]. Фармацевтична складова лікарського забезпечення дітей з поширеними захворюваннями легень комплексно вивчалася Г.Ю. Яцковою [152], а маркетингові аспекти ЛЗ для дитячої гастроентерології досліджувалися Н.О. Пузак [125], зокрема вивчено асортимент ЛЗ, попиту на лікарські препарати, що використовуються в дитячій гастроентерології. Фармацевтична і медична допомога при гастритах і дуоденітах у дітей сьогодні потребують детального вивчення.

Метою нашого дослідження на даному етапі був порівняльний аналіз ЛЗ для хворих дітей з гастродуоденальною патологією та оптимізація їх номенклатури.

Для отримання інформації про гастроентерологічні ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт проводили порівняльний аналіз асортименту препаратів за вітчизняними та міжнародними джерелами інформації. Серед вітчизняних джерел були опрацьовані Протоколи лікування хронічного гастриту і гастродуоденіту у дітей [117], Державний формуляр ЛЗ України (ДФЛЗУ) [30], Довідник лікарських засобів України (ДЛЗУ) [35], Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення [31], Перелік лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів [119], Перелік лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів.

Серед іноземних джерел вивчали Приблизний перелік ВООЗ основних лікарських засобів для дітей [186] та Британський національний формуляр для дітей (БНФД) [158], адже вони створені з урахуванням особливостей дитячого організму і призначені саме для лікування даної категорії хворих. Опрацювання

інформації про ЛЗ здійснювали за такими показниками: міжнародна непатентована назва (INN), АТХ-група, лікарська форма.

Відповідно до положень Програми подання громадянам гарантованої державою медичної допомоги в Україні дітям гарантовано надається безоплатно швидка та невідкладна медична, амбулаторно-поліклінічна, стаціонарна, стоматологічна допомога, а також проводиться санаторно-курортне лікування та утримання дітей у стаціонарі. Відповідно до встановлених стандартів всі види медичної допомоги надаються дозволеними до застосування в Україні методами діагностики та лікування, лікарськими засобами, препаратами крові та її компонентами, а також лабораторними та іншими дослідженнями.

Перебудова системи надання медичної допомоги характеризується запровадженням стандартних підходів (протоколів) для лікування ХГДП, що, однак, не запобігає зростанню числа хворих як серед дорослого населення, так і серед дітей [20, 83]. Саме тому для періоду дитинства подвійно важлива правильна організація медичної і фармацевтичної допомоги. Складовою фармацевтичної допомоги хворим є доступність ЛЗ.

На даному етапі роботи були проаналізовані основні фармакотерапевтичні групи ЛЗ для лікування дітей, хворих на хронічний гіперацидний гастрит, асоційований з *H. pylori*, та визначення асортименту і можливості імпортозаміни зареєстрованих ЛЗ з відповідних груп за торговими назвами, лікарськими формами.

Дослідження проведені в інформаційному масиві фахових видань з ретроспективою до 10 років. Основними джерелами інформації були наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення», Державний реєстр лікарських засобів України (2014), Державний формуляр лікарських засобів (2011-2014), Довідник лікарських засобів України (2011-2014) [30, 35], а також матеріали спеціалізованих видань фармації за 2003-2011 рр.

Відомі методи лікування патології органів гастродуоденальної зони недостатньо ефективні, що зумовлює рецидивуючий перебіг захворювань, набуття більш тяжкого перебігу, розвиток патологічних змін в інших органах травної системи. У зв'язку з цим проблема патогенезу ХГДП, яка має найбільшу питому вагу в структурі хронічних захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки в дітей, залишається однією з найбільш актуальних у сучасній гастроентерології [19, 133, 173, 161, 179, 184].

Медичні стандарти є складовими єдиного технологічного процесу лікування, що припускає використання найефективніших за результативністю та економічністю методів діагностики і лікування з урахуванням усіх існуючих методик та індивідуальних особливостей пацієнта, перебігу хвороби, а також матеріальних, кадрових та інших можливостей медичних закладів, досягнень науки і техніки. Велике значення для стандартизації обстеження й лікування мають протоколи надання медичної допомоги, які почали більш активно впроваджуватись, особливо в останні роки [141, 173].

Сьогодні порушення гастродуоденальної моторики і кислотозалежність розглядають як патогенетичні фактори розвитку гастродуоденальної патології у дітей. Антисекреторна терапія в педіатричній практиці має свої особливості. Якщо анатомо-фізіологічним особливостям дитини завжди приділяється увага при вивченні патогенезу захворювань, клінічних проявів у різні періоди дитинства, то особливості дитячого організму частіше не враховуються.

Саме в дитячому віці кислотозалежність пов'язана не стільки з гіперацидністю, скільки з гастродуоденальною гіперчутливістю. Тому варіанти терапії, які рекомендуються дорослим, не підходять для дітей [5, 134]. Індивідуальний підбір комплексного лікування здійснюється з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів, провідних симптомів.

H. pylori – патогенний мікроорганізм, надзвичайно пристосований до колонізації шлунку людини, контамінація яким відбувається ще в ранньому дитинстві. Поширеність *H. pylori* інфекції досягає 50% у віці до п'яти років у країнах, що розвиваються, порівняно з 10 - 20% у розвинених країнах. *H. pylori*

спричиняє хронічні гастрити, виразкову хворобу і збільшує ризик РШ [157, 159, 160].

Аналіз фармакотерапії, що визначена клінічними протоколами лікування дітей, хворих на хронічний гіперацидний гастрит, асоційований з *H. pylori*, складається з декількох етапів. Одним з основних компонентів сучасних протоколів терапії захворювань гастродуоденальної зони є етіотропне лікування. Доказ патогенетичного взаємозв'язку між ступенем контамінації пілородуоденальної зони *H. pylori* та характером перебігу і прогресування хронічного гастриту потребує використання в комплексному лікуванні цих захворювань препаратів ерадикаційної дії за однією із загальноприйнятих схем [164, 167, 183].

Серед антибактеріальних засобів за клінічним протоколом для лікування хворих можуть бути використані:

- напівсинтетичні пеніциліни (J01CA) – амоксицилін (J01CA04);
- макроліди (J01FA) – рокситроміцин (J01FA06), кларитроміцин (J01FA09), азитроміцин (J01FA10);
- нітрофурани (G01AX) – ніфурател (G01AX05), фуразолідон (G01AX06).

Під час проведення ерадикаційної терапії перевага надається базисним препаратам:

- колоїдного субцитрату (субсаліцилату) вісмуту (A02BX05),
- з паралельним призначенням антисекреторних препаратів: блокатори H_2 -рецепторів гістаміну другого чи третього покоління – ранітидин (A02BA02), фамотидин (A02BA03) або інгібітори H^+/K^+ -АТФ-ази (ІПН) – омепразол (A02BC01), пантопразол (A02BC02)
- поступово переходять на антациди, що не всмоктуються (A02A) – алюмінію фосфат (A02AB03) та інші сполуки алюмінію, магнію, кальцію (A02AD) – комбінації простих солей (A02AD01), магальдрат (A02AD02).

Зазвичай найчастіше з антацидами при моторних порушеннях призначають прокінетики – домперидон (A03FA03), а також препарати

альгінової кислоти (A02BX13).

Паралельно, при необхідності, призначаються цитопротектори і репаранти – смектит (A07BC05), ліквірітон (чи інші похідні з кореня солодки), цитотек та ін.

При спазмах і вираженому больовому синдромі рекомендують спазмолітики – мебеверин (A07BC05), папаверин (A03AD01), дротаверин (A03AD02); прифінія бромід (A03AB18), препарати беладони (A03B).

При всіх формах хронічного гастриту під час загострення призначають седативні препарати (насамперед рослинного походження), а також метаболіки, вітамінні препарати, імунокоректори тощо.

Порівняльний аналіз асортименту досліджуваних препаратів за вітчизняними та міжнародними регулюючими переліками показав, що в основному використовуються 42 лікарських засоби за INN (Додаток В).

Для порівняльного аналізу серед іноземних джерел було обрано БНФД, який постійно оновлюється і містить сучасну інформацію щодо раціонального призначення та використання ЛЗ за даними доказової медицини (схеми лікування, особливості прийому ЛЗ, їх взаємодії) [65, 66, 72, 73].

БНФД містить 20 INN ЛЗ, а ДФЛЗУ – значно більше – 36 INN ЛЗ для лікування гастриту і дуоденіту у дітей. Приблизний перелік ВООЗ основних ЛЗ для дітей [186] містить 5 ЛЗ INN: амоксицилін, еритроміцин, метоклопрамід, омепразол та ранітидин. Серед них до БНФД входять всі, крім ранітину, до ДФЛЗУ та Протоколів лікування хронічного гастриту і гастродуоденіту у дітей – всі, крім еритроміцину [117].

Для проведення ерадикаційної терапії БНФД серед антибактеріальних ЛЗ рекомендує використовувати амоксицилін, метронідазол, кларитроміцин, ДФЛЗУ додатково містить азитроміцин, рокситроміцин, тетрациклін та фуразолідон. В Протоколах лікування хронічного гастриту і гастродуоденіту у дітей наявні амоксицилін, кларитроміцин, азитроміцин, рокситроміцин та фуразолідон [117].

В цей час найважливішим напрямком дитячої гастроентерології можна вважати пошук лікарських засобів, що сприяють ефективному вирішенню запальних захворювань гастродуоденальної зони, асоційованих з *H. pylori*. Оптимальною схемою лікування гелікобактерної інфекції у дітей старшого віку слід вважати схему, що включає амоксицилін (антибіотик, до якого *H. pylori* найменш резистентна) і препарати вісмуту у поєднанні з інгібіторами протонної помпи. У дітей молодшого віку базисними препаратами є препарати вісмуту в поєднанні з нітрофуранами на основі блокаторів H_2 -рецепторів гістаміну.

Застосування в дитячому віці (навіть у старших дітей) препаратів групи тетрацикліну слід вважати неприпустимим, метронідазолу - мало доцільним. Комбіновані антигелікобактерні препарати, що містять у блістері два антибіотики та інгібітор протонної помпи (орністат, пілобакт-нео) розраховані на дорослих і можуть застосовуватися лише у старших дітей при важких деструктивних процесах [12, 13, 170, 182].

До складу фармакотерапії входять препарати як рецептурного, так і безрецептурного відпуску, що важливо для досліджуваних хворих при амбулаторному лікуванні. Згідно з Переліком безрецептурними є 14 найменувань INN ЛЗ (алюмінію фосфат, вісмуту субцитрат колоїдний, сукральфат, смектит діоктаедричний, ранітидин тощо).

До Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я [120] увійшли 12 INN досліджуваних ЛЗ, серед яких амоксицилін, метоклопрамід, омепразол та сукральфат. Ці препарати складають основу в БНФД, ДФЛЗУ та Протоколах лікування хронічного гастриту і гастродуоденіту у дітей.

До Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення увійшли лише 6 INN ЛЗ, а саме: антибактеріальні засоби амоксицилін, азитроміцин, які застосовуються для антигелікобактерної терапії згідно з Протоколами лікування хронічного гастриту і гастродуоденіту у дітей, антагоніст H_2 -рецепторів ранітидин, стимулятор перистальтики метоклопрамід, еритроміцин (в якості стимулятора перистальтики лише згідно

з БНФД) та спазмолітик атропін.

Порівняльний аналіз Національних переліків основних лікарських засобів України за 2001, 2006, 2009 роки, показує, що кількість лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт значно зменшилася в останній редакції даного переліку (рис. 3.1).

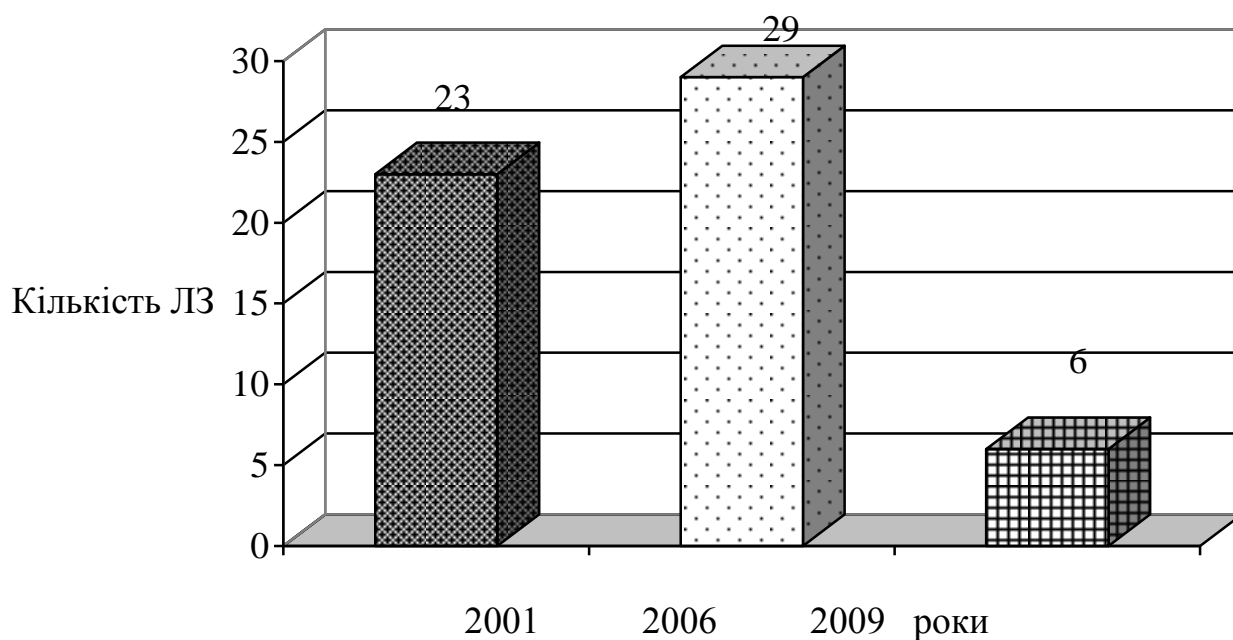


Рис. 3.1 Динаміка кількості лікарських засобів для фармакотерапії гастриту і дуоденіту у дітей в Національних переліках основних ЛЗ України різних років видання

Порівняльний аналіз трьох випусків ДФЛЗУ (2009, 2010, 2011) показав, що перший випуск (2009) включав до свого складу 37 ЛЗ, з другого (2010) були виключені комбіновані фітопрепарати (тирлич жовтий + золототисячник + ромашка лікарська + кмин звичайний; перстач гусячий + квітки ромашки лікарської + корінь солодки + корінь дягелю + трава кардобенедикта + трава полину гіркого + трава звіробою звичайного), кальцію карбонат + магнію карбонат, альгінова кислота та фамотидин + кальцію карбонат + магнію гідроксид. Другий і третій (2011) випуски ДФЛЗУ не відрізняються між собою за групою досліджуваних ЛЗ і включають по 36 препаратів.

Загалом, в Протоколах лікування хронічного гастриту і гастродуоденіту у дітей містяться 27 INN ЛЗ з різних фармакотерапевтичних груп [].

В Довіднику ЛЗ України міститься інформація про всі досліджувані препарати, окрім Альверину та Пропантеліну бромистого, які не зареєстровані на території України та містяться лише у БНФД і використовуються як спазмолітичні засоби. Проведений аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт показав, що протоколами лікування рекомендується використовувати понад 300 зареєстрованих в Україні ЛЗ.

3.3 Маркетинг-аналіз вітчизняного ринку лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

В систему лікарського забезпечення впроваджені стратегії маркетингу з метою підвищення ефективності заходів щодо оптимального виробництва та використання ліків, враховуючи особливості соціально-економічного розвитку України на сучасному етапі.

Фармацевтичний маркетинг сприяє економічному та епідеміологічному благополуччю нації. У сучасних умовах ефективні та популярні механізми інформування лікарів, споживачів, посередників та інших операторів ринку про нові препарати, їх використання, доцільність вибору. Інформаційний компонент маркетингових заходів значно підвищує доступність певних товарів для споживачів.

Оцінюючи існуючі проблеми у сфері організації лікарського забезпечення дитячого контингенту населення доцільним є пошук шляхів їх вирішення. У зв'язку з цим важливо аналізувати ситуацію на фармацевтичному ринку країни з метою удосконалення існуючої системи організації та поліпшення медикаментозної допомоги населенню.

Більш детальний аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування дітей, хворих на хронічний гіперацидний

гастрит, асоційований з *H. pylori*, дозволив встановити асортимент зареєстрованих ЛЗ за торговими назвами, представлений в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

**Узагальнені показники асортименту зареєстрованих в Україні ЛЗ
для лікування дітей, хворих на хронічний гіперацидний гастрит,
асоційований з *H. pylori***

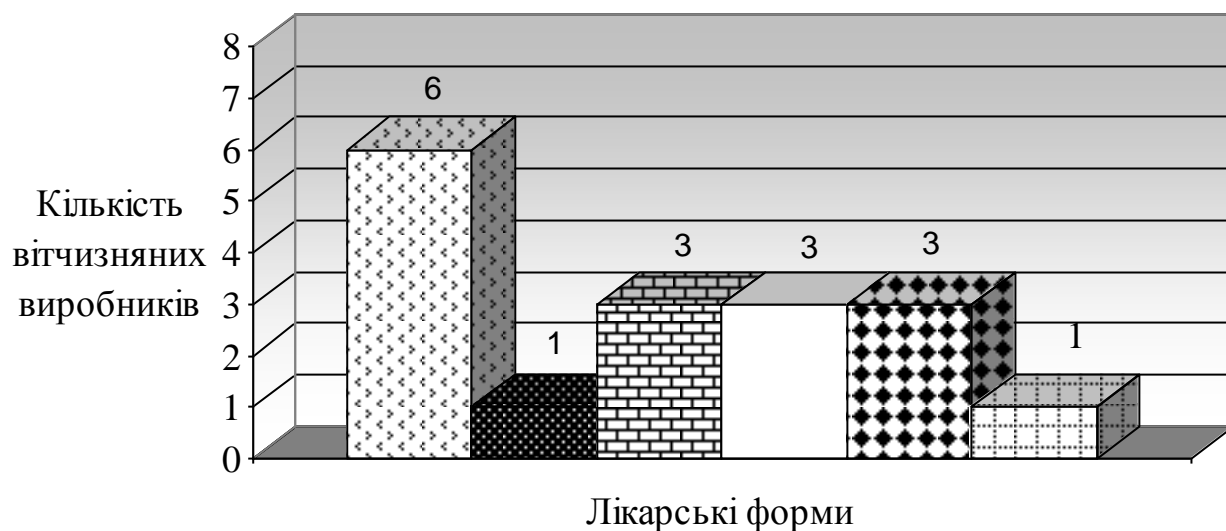
Міжнародна непатентована назва	АТХ-код	Кількість препаратів		Кількість торгових назв		Кількість ЛФ		Кількість виробників:			
		2011	2014	2011	2014	2011	2014	вітчизняних		іноземних	
								2011	2014	2011	2014
Амоксицилін	J01CA04	45	19	11	5	7	6	3	1	9	5
Рокситроміцин	J01FA06	2	7	1	2	1	1	0	1	1	1
Кларитроміцин	J01FA09	43	32	26	16	6	5	4	5	12	9
Азитроміцин	J01FA10	33	31	15	10	5	4	2	3	17	11
Ніфурател	G01AX05	2	1	2	1	1	1	1	0	1	1
Фуразолідон	G01AX06	4	4	1	1	1	1	2	2	0	0
Вісмуту субцитрат колоїдний	A02BX05	4	6	2	3	2	2	1	2	1	1
Ранітидин	A02BA02	14	15	7	6	2	2	3	5	5	4
Фамотидин	A02BA03	6	6	3	3	1	1	2	2	1	1
Омепразол	A02BC01	39	34	9	9	3	3	3	4	11	10
Пантопразол	A02BC02	10	13	6	6	1	1	1	2	5	6
Алюмінію фосфат	A02AB03	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
Алюмінію гідроксид + Магнію гідроксид	A02AD01	5	11	3	5	3	4	0	0	3	6
Фамотидин + Кальцію карбонат + Магнію гідроксид	A02BA03	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
Гідротальцит	A02AD04	2	2	1	2	1	1	0	0	1	1
Домперидон	A03FA03	4	4	4	4	1	1	2	2	2	2
Платифілін	A03AX12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Альтан	A02X	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Папаверин та його похідні	A03AD01	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Дротаверин	A03AD01	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1

Як видно із табл. 3.2 на фармацевтичному ринку України існує розмаїття ЛЗ за торговими назвами як вітчизняного, так і зарубіжного виробництва.

Так, амоксицилін представлений 5 торговими назвами у 19 препаратах в 6 лікарських формах, що випускаються 1 вітчизняними та 5 іноземними виробниками; кларитроміцин – 16 торговими назвами у 32 препаратах в 5 лікарських формах, що випускаються 5 вітчизняними та 9 іноземними виробниками; азитроміцин – 10 торговими назвами у 31 препараті в 4 лікарських формах, що випускаються 3 вітчизняними та 11 іноземними виробниками.

Препарати омепразола виробляють 4 вітчизняні та 10 іноземних фірм у вигляді 9 торгових назв 34 препаратів у 3 лікарських формах і т.д.

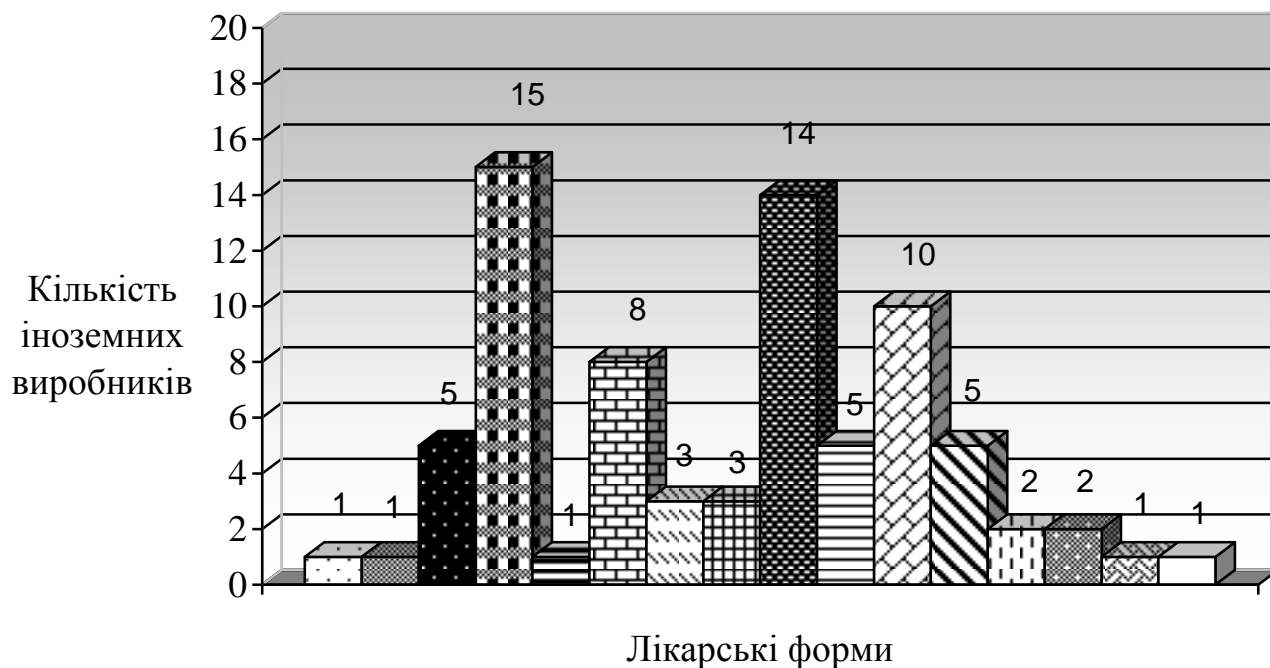
Проведений аналіз основних лікарських форм препаратів для лікування дітей, хворих на хронічний гіперацидний гастрит, асоційований з *H. pylori*, представлений на рис. 3.2 і рис. 3.3.



- ☒ Капсули
- ☒ Порошок для приготування суспензії для перорального застосування
- ☒ Таблетки
- ☐ Таблетки, вкриті оболонкою
- ☒ Таблетки, вкриті плівковою оболонкою
- ☒ Таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні

Рис. 3.2 Лікарські форми та їх вітчизняні виробники

В досліджуваній групі препаратів представлено 14 вітчизняних виробників. Як видно із рис. 3.2, в даній групі препаратів вони випускають 6 лікарських форм. Найбільш питому вагу займають капсули – 6 виробників.



- Гастрокапсули
- Гель для перорального застосування
- Гранули для приготування суспензії для перорального застосування
- Капсули
- Ліофілізат для розчину для ін'єкцій
- Порошок для приготування суспензії для перорального застосування
- Суспензія
- Таблетки
- Таблетки, вкриті оболонкою
- Таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії
- Таблетки, вкриті плівковою оболонкою
- Таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні
- Таблетки дисперговані
- Таблетки для жування
- Таблетки для смоктання
- Таблетки розчинні

Рис. 3.3 Лікарські форми та їх іноземні виробники

Іноземні виробники представлені 53 фармацевтичними підприємствами. Як видно з рис. 3.3, вони випускають 17 лікарських форм. Найбільш питому вагу займають капсули та таблетки, вкриті оболонкою, які випускаються 15 та 14 виробниками відповідно.

Наступним етапом проводилось вивчення характеристик асортименту препаратів для лікування гастриту та дуоденіту у дітей за ознакою країни-виробника.

При аналізі встановлено, що в структурі асортименту лікарські препарати іноземного виробництва вдвічі переважають вітчизняні (66 % імпортованих ліків проти 34 % препаратів, що вироблені в Україні (2014)). Порівняльна характеристика співвідношення вітчизняних та іноземних виробників представлена на рис. 3.4.

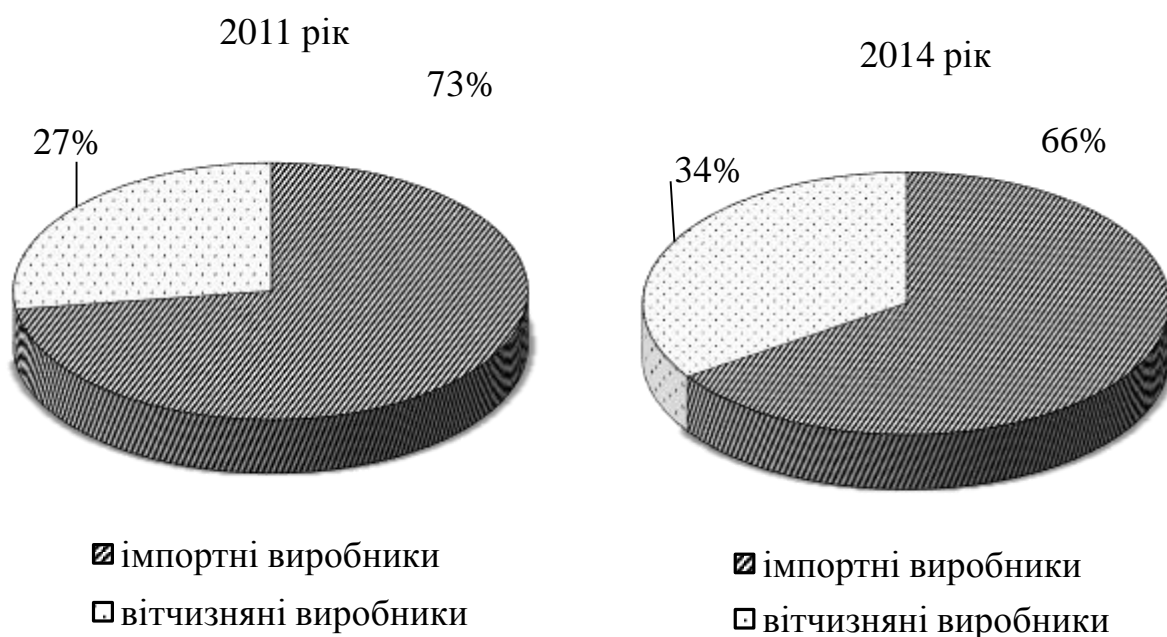


Рис. 3.4 Загальна кількість виробників дитячих ЛЗ для лікування гастродуоденіту в Україні

Як видно з рис. 3.4, частка ринку вітчизняних препаратів збільшується порівняно з 2011 р. Це вказує на направленість здійснення лікарської політики

щодо імпортозаміщення більш дорогих іноземних препаратів на доступніші вітчизняні.

Серед країн-виробників, досліджуваних зареєстрованих ЛЗ в Державному реєстрі України, частка України складає 34%. Імпортовані лікарські препарати представлено 15 країнами – виробниками, провідну позицію серед яких займає Індія (20 % загальногрупового асортименту) (рис. 3.5). Проте за кількістю засобів, що виробляються в межах однієї країни, Україна посідає перше місце.

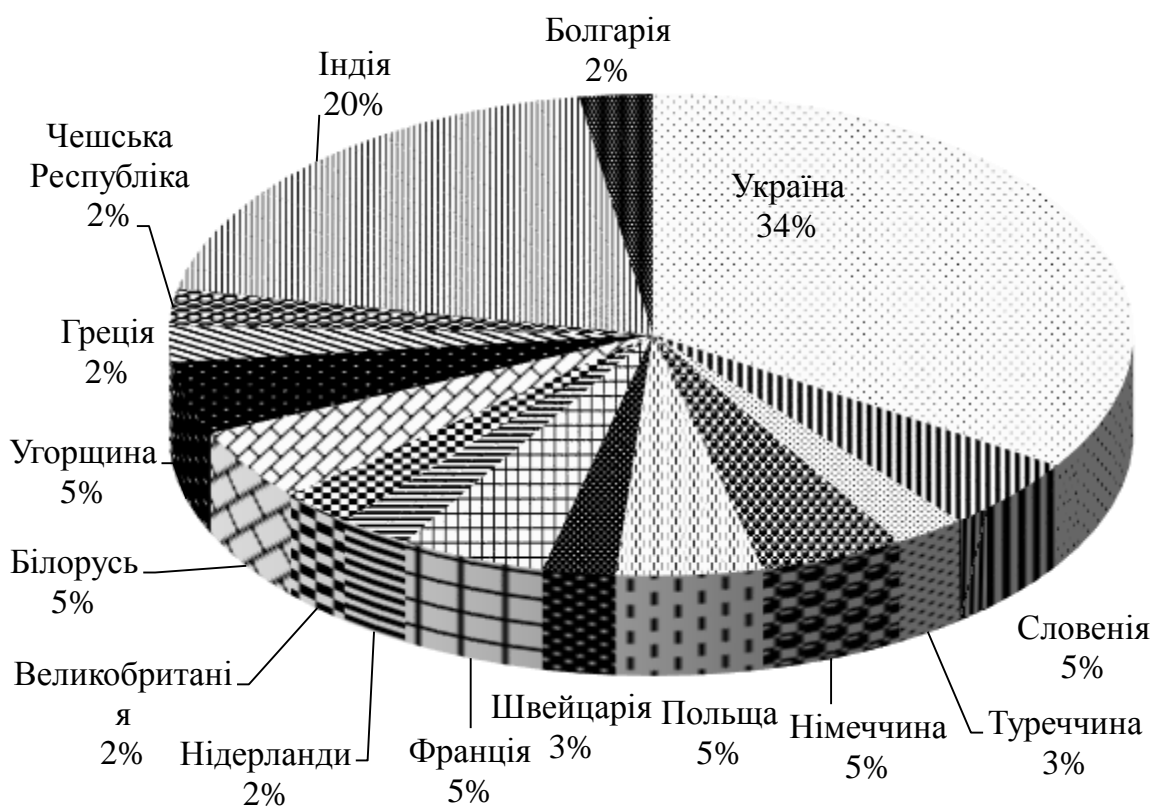


Рис. 3.5 Основні країни-виробники препаратів для лікування гастриту та дуоденіту у дітей

В досліджуваній групі препаратів представлено 15 вітчизняних виробників (рис. 3.6).

В даній групі препаратів вони випускають 7 лікарських форм. Найбільш питому вагу займають капсули – 9 виробників.

Іноземні виробники представлені 51 фармацевтичними підприємствами. Вони випускають 17 лікарських форм.

Найбільш питому вагу займають капсули та таблетки, вкриті оболонкою, які випускаються 17 та 19 виробниками відповідно.

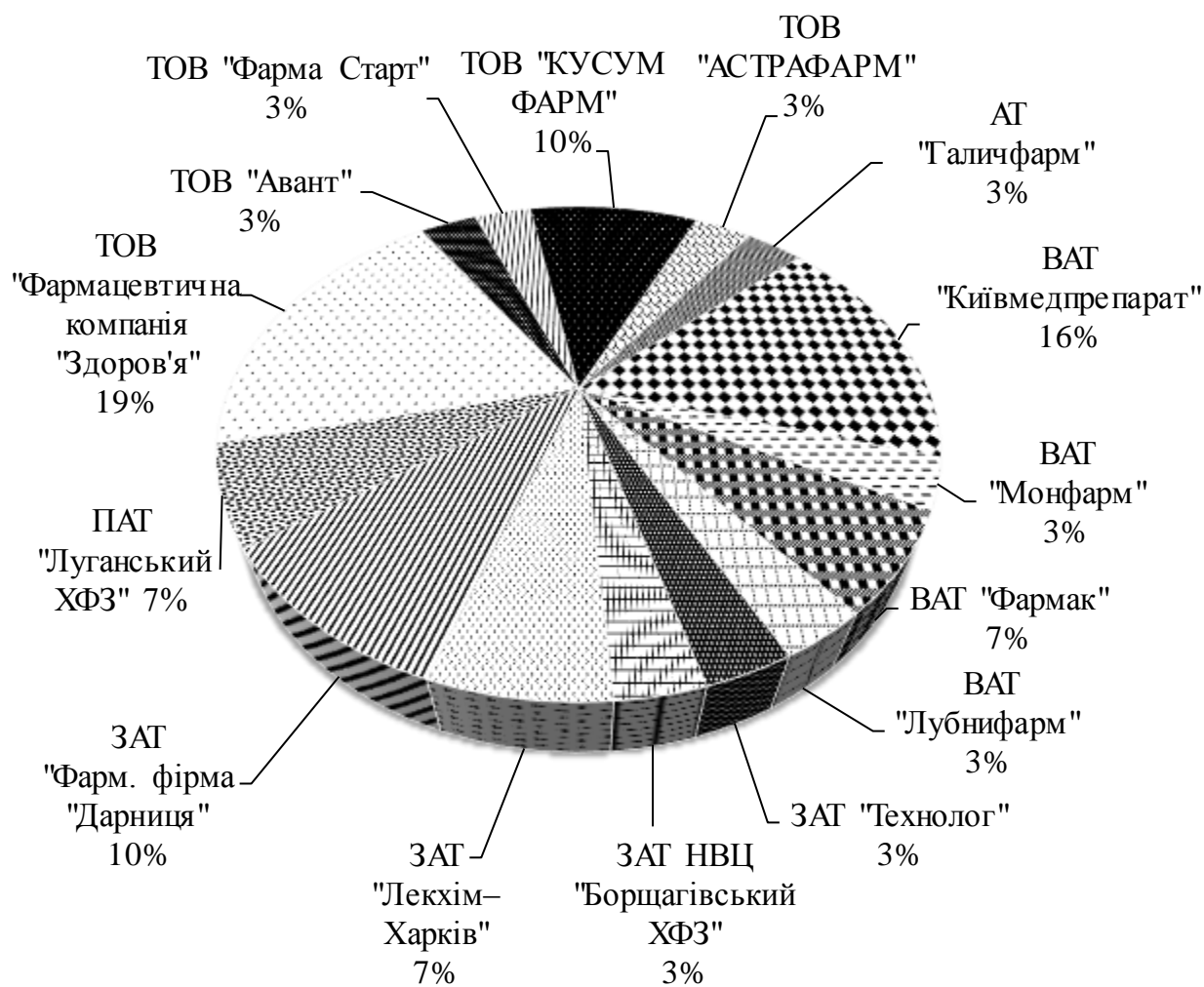


Рис. 3.6 Вітчизняні виробники, що випускають ЛЗ для лікування гастриту та дуоденіту у дітей на фармацевтичному ринку України.

Таким чином, за протоколами лікування хронічного гастриту та гастродуоденіту у дітей рекомендується використовувати біля 300 зареєстрованих в Україні ЛЗ.

Після попереднього аналізу основних фармакотерапевтичних груп ЛЗ для лікування дітей з гіперацидним ХГ (ХГД), асоційованим з *H. pylori*, відповідно до клінічних протоколів, проведено моніторинг цінової політики на дані препарати. За результатами аналізу прайс-листів встановлена відносна стабільність пропозицій ЛЗ за досліджуваний період. Кількість препаратів, присутніх на оптовому ринку в 2011-2014 рр. залишалася стабільною і не перевищувала 140 найменувань.

У кожному аналізованому році препарати вітчизняного виробництва становили в середньому близько 30%. Нами проведено розрахунки середніх оптових цін по всіх торгових назвах досліджуваних ЛЗ за 14 міжнародними непатентованими найменуваннями (INN).

На рис. 3.7 зображена динаміка середніх оптових цін на прикладі найбільш призначуваних і дорогих препаратів по 8 INN, які представлені на ринку як вітчизняними, так і зарубіжними виробниками.

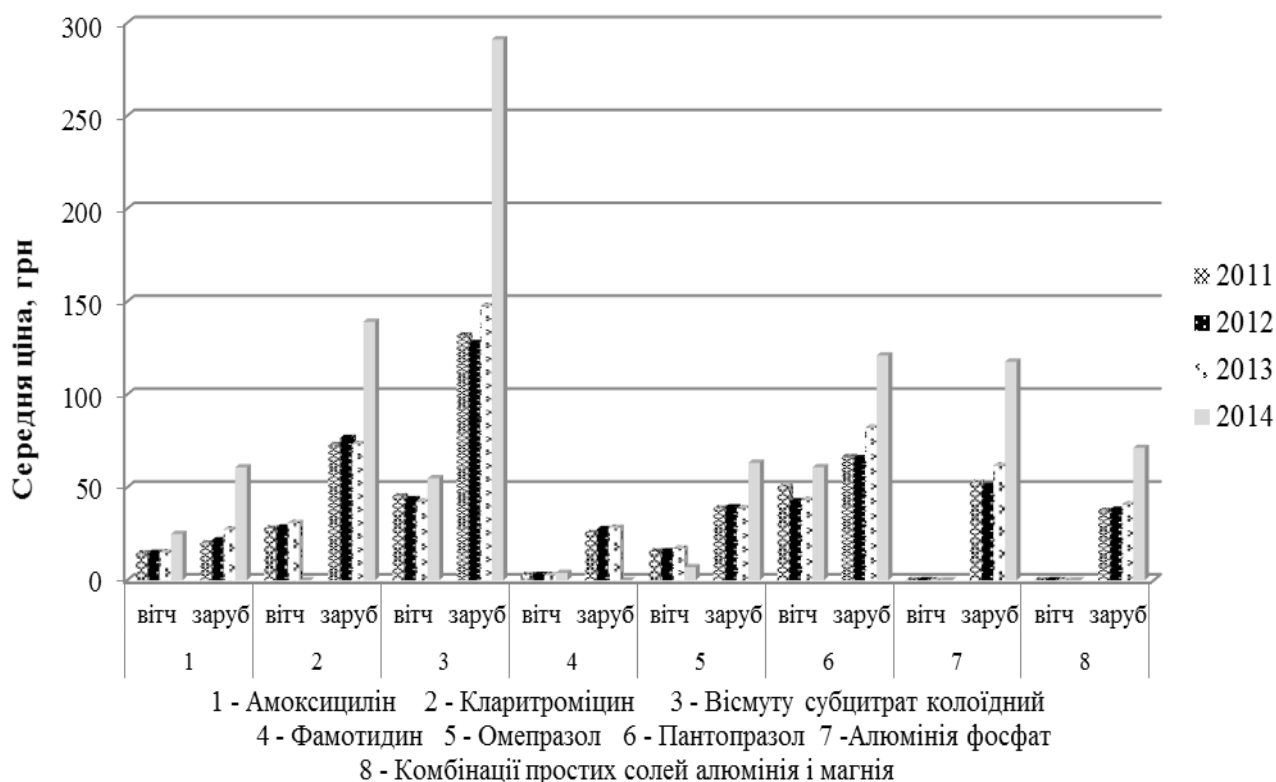


Рис. 3.7 Динаміка середньої ціни на препарати вітчизняного та зарубіжного виробництва

Середні оптові ціни на всі досліджувані препарати перебувають у постійній динаміці. Середні ціни на представлені вітчизняні препарати нижче в порівнянні з препаратами зарубіжного виробництва. Найбільш високими цінами характеризуються препарати вісмуту субцитрата колоїдного зарубіжного виробництва.

Далі для кожного з препаратів був розрахований коефіцієнт ліквідності ціни (K_{liq}), який відображає стан конкуренції на певному фармацевтичному ринку в конкретному періоді і частково може характеризувати доступність препаратів. Величина K_{liq} (3.1) розраховувалася за формулою:

$$K_{liq} = (P_{i \max} - P_{i \min}) / P_{i \min} \quad (3.1),$$

де $P_{i \max}$ – максимальна оптова ціна і-препарату, грн .;

$P_{i \min}$ - мінімальна оптова ціна і-препарату, грн.

За даними розрахунків, досліджувані ЛЗ були розподілені на три групи: $K_{liq} \leq 0,15$; $0,16 \leq K_{liq} \leq 0,50$; $K_{liq} \geq 0,51$. До першої групи увійшли 70 іноземних та 31 вітчизняних ЛЗ (2014), що становить 58,82% і 26,05 % відповідно. Аналогічно, друга група включає 160 та 6 ЛЗ, що становить 8,40% і 5,04% відповідно. Остання група представлена 2 препаратами іноземного виробництва (1,69%).

Результати проведеного порівняльного аналізу представлені в табл. 3.3

Таблиця 3.3

Результати розрахунку коефіцієнтів ліквідності ціни на ЛЗ за 2011-2014 рр.

Величина коефіцієнту ліквідності (K_{liq})	Виробники	2011		2012		2013		2014	
		к-сть препаратів	%	к-сть препаратів	%	к-сть. препаратів	%	к-сть препаратів	%
$K_{liq} \leq 0,15$	Іноземні	76	55,88	91	66,42	82	62,12	70	58,82
	Вітчизняні	34	25	32	23,36	33	25	31	26,05
$0,16 \leq K_{liq} \leq 0,50$	Іноземні	16	11,76	7	5,11	9	6,82	10	8,40
	Вітчизняні	7	5,16	7	5,11	8	6,06	6	5,04
$K_{liq} \geq 0,51$	Іноземні	3	2,21	-	-	-	-	2	1,69
	Вітчизняні	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього		136	100	137	100	132	100	119	100

Величина K_{liq} більшості препаратів (85%) не перевищує 0,15, що підтверджує коректність і етичність операторів ринку по відношенню до споживачів.

Далі був розрахований коефіцієнт адекватності платоспроможності ($K_{a.s.}$), показник якого (табл. 3.4) характеризує доступність препаратів і гарантує їх продаж в умовах низького попиту населення. Величина $K_{a.s.}$ (3.2) обчислювалася за формулою:

$$K_{a.s.} = \bar{P}_i / W_{a.w.} \times 100\% \quad (3.2),$$

де P_i - середня ціна і-препарату, грн.;

$W_{a.w.}$ – середня заробітна плата за певний період, грн.

Таблиця 3.4

Коефіцієнт адекватності платоспроможності

№	INN ЛС	2011		2012		2013		2014	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1.	Амоксицилін	0,47	0,65	0,50	0,74	0,49	0,90	0,71	1,74
2.	Рокситроміцин	1,01	0,70	1,05	0,72	-	0,68	1,15	-
3.	Кларитроміцин	0,91	2,38	0,97	2,62	1,01	2,41	-	3,99
4.	Азітроміцин	1,04	1,84	1,10	1,97	1,14	1,61	1,01	3,5
5.	Фуразолідон	0,07	-	0,06	-	0,05	-	0,11	-
6.	Вісмуту субцитрат колоїдний	1,48	4,31	1,49	6,64	1,38	4,85	1,57	8,37
7.	Ранітидин	0,19	0,57	0,31	1,18	0,19	0,87	0,22	1
8.	Фамотидин	0,09	0,83	0,14	1,43	0,09	0,93	0,11	-
9.	Омепразол	0,51	1,27	0,81	2,04	0,56	1,27	0,2	1,81
10.	Пантопразол	1,64	2,17	2,21	3,41	1,41	2,69	1,74	3,47
11.	Алюмінія фосфат	-	1,71	-	2,63	-	2,02	-	3,37
12.	Комбінації простих солей алюмінія і магнія	-	1,22	-	1,97	-	1,33	-	2,04
13.	Фамотидин+каль- ція карбонат+ магнія гідроксид	-	0,56	-	0,89	-	0,58	-	-
14.	Ніфурател	-	-	-	-	-	3,79	-	5,87

Примітка: 1. Вітчизняні виробники

2. Закордонні виробники.

Величина $K_{a.s.}$ більшості препаратів мала тенденцію до зменшення в 2013 р і до збільшення в 2014 р, що характеризує зниження доступності даних ЛЗ споживачам в 2014 р.

Величина $K_{a.s.}$ препаратів фуразолідону стабільно зменшувалася протягом досліджуваного періоду, а препаратів амоксициліну зарубіжного виробництва і рокситроміцину, кларитроміцину, азитроміцину вітчизняного виробництва – стабільно збільшувалися.

На рис. 3.8 представлена порівняльна характеристика величини $K_{a.s.}$ досліджуваних препаратів в 2014 р.

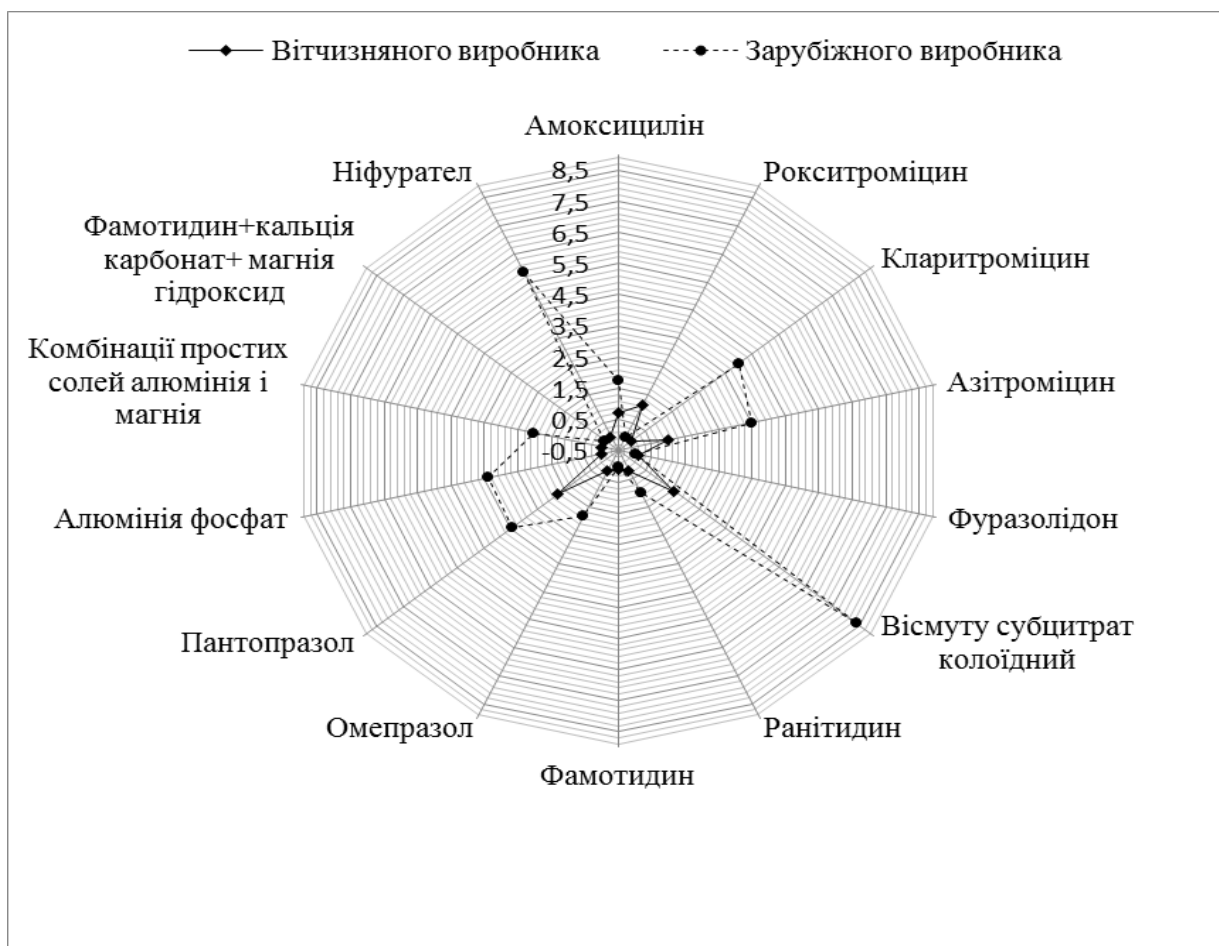


Рис. 3.8 Коефіцієнт адекватності платоспроможності за 2014 р.

З даного рисунка видно, що найбільш доступними для населення є препарати вітчизняного виробництва, найменш доступними – препарати вісмуту субцитрату колоїдного і ніфурателу зарубіжного виробництва.

За матеріалами розділу опубліковано 7 наукових праць [88, 90-92, 94, 105,139].

3.4 Висновки до розділу 3

1. Сучасні підходи до лікування ХГ строго диференційовані, враховують етіологію і патогенез кожної конкретної форми ХГ, дозволяють запобігти розвитку виразкової хвороби та РШ, сприяють регресу патологічних процесів в СОШ.

2. Вітчизняні виробники випускають майже весь арсенал ЛЗ, необхідних для лікування хворих дітей на хронічний гіперацидний гастрит, асоційований з *H. pylori*. Серед досліджуваних дитячих лікарських форм найбільш представленими виявилися капсули, що випускаються 21 виробником, серед яких 6 вітчизняних.

3. Для фармакотерапії хворих дітей на хронічний гіперацидний гастрит, асоційований з *H. pylori*, за протоколами лікування рекомендується використовувати понад 300 зареєстрованих в Україні ЛЗ, з яких антибактеріальні та антисекреторні засоби складають відповідно 127 і 64 препаратів.

4. Середні ціни на представлені вітчизняні препарати нижче в порівнянні з препаратами зарубіжного виробництва. Найбільш високими цінами характеризуються препарати вісмуту субцитрата колоїдного зарубіжного виробництва.

5. Величина Кліq більшості препаратів (85%) не перевищує 0,15, що підтверджує коректність і етичність операторів ринку по відношенню до споживачів.

6. Величина Ка.с. більшості препаратів мала тенденцію до зменшення в 2013 р і до збільшення в 2014 р, що характеризує зниження доступності даних ЛЗ споживачам в 2014 р.

РОЗДІЛ 4

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ

Державна політика України щодо охорони материнства і дитинства, збереження здоров'я дітей і жінок репродуктивного віку ґрунтується на основних стратегічних науково обґрунтованих міжнародних та вітчизняних нормативно-правових документах (закони, укази, постанови і розпорядження, галузеві нормативні документи, міжнародні програми). Однак вони потребують постійного доповнення відповідно до змін показників здоров'я населення, появи даних нових наукових досліджень, соціально-економічного розвитку країни. Важливе ставлення до здоров'я дитини, розробка ефективної системи соціальної профілактики та надання якісної медичної і фармацевтичної допомоги дитячому населенню. Сучасна державна політика організації медичної допомоги дітям в Україні направлена на всі етапи дитячого розвитку. Останнім часом фінансове забезпечення державних програм та централізованих заходів, що спрямовані на охорону здоров'я дітей, збільшено у 3 рази і становить близько 1 млрд. грн. Запровадження сучасних підходів до оптимізації профілактики, діагностики та лікування дитячих хвороб може суттєво вплинути на формування здоров'я майбутніх поколінь країни [40, 41].

4.1 Обґрунтування вибору методу фармакоеконічного аналізу

Одними з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я України є організаційно-економічні проблеми раціонального використання обмежених ресурсів і потребують комплексного підходу та наукового обґрунтування їх вирішення [38, 63].

У світовій медицині сьогодення особлива увага приділяється ефективності та безпеці ЛЗ, а також оптимізації потреб охорони здоров'я.

Актуальність цього питання полягає в нераціональному та надмірному використанні ЛЗ, що викликає побічні реакції, наносить шкоду здоров'ю пацієнтів та є джерелом додаткових фінансових втрат, які пов'язані з корекцією наслідків від їх прояву, часто із коштів хворого [38, 48]. Поширеними формами нераціонального використання ЛЗ є поліпрагмазія; неправильні дозування та тривалість застосування ЛЗ; невірно обрані лікарські форми та шлях введення; призначення, які не відповідають клінічним рекомендаціям, опрацьованим за принципами доказової медицини; некоректне застосування ЛЗ при самолікуванні тощо [128].

Згідно з сучасним міжнародним досвідом, раціональна фармакотерапія ґрунтується на даних про проблеми пацієнта (популяції), клінічну епідеміологію; фармакоепідеміологію; фармакоекономічні дослідження з аналізом достовірної інформації про результати терапевтичних підходів. Це дає змогу здійснювати обґрунтовану індивідуалізовану фармакотерапію [48, 128].

Посилення державного регулювання системи охорони здоров'я, спрямованого на раціональне застосування ЛЗ і стримування загальних витрат на лікування, поява альтернативних методів терапії, великої кількості нових високовартісних медичних технологій, розширення фармацевтичного ринку, а також збільшення вартості загальномедичних послуг зумовлює необхідність фармакоекономічного аналізу ефективності організації діяльності складових охорони здоров'я. Тому одним з основних завдань медицини є необхідність вдосконалена медичної допомоги зазначеній категорії хворих в умовах фінансових обмежень шляхом створення ефективного лікарського формулярного переліку на основі проведення фармакоекономічних досліджень [39, 84]. Головною метою фармакоекономічного аналізу є порівняння фінансових витрат, медичних технологій та їх результатів (тріада Донабедіана) з метою визначення їх переваг для окремої людини, системи охорони здоров'я і суспільства в цілому, дотримуючись соціальних вимог суспільства [38, 39, 144].

Щорічне зростання кількості ЛЗ на ринку викликає занепокоєння споживача ліків [145]. За кордоном давно прийшли до усвідомлення важливості

і необхідності використання методів фармакоекономічного аналізу і доказової медицини в практиці охорони здоров'я, що дозволяє крім підвищення якості терапії і, відповідно, ЯЖ людей, істотно заощаджувати витрати на конкретного хворого, в тому числі на придбання ЛП [38, 39].

Прийнятне співвідношення вартості та ефективності ЛП у деяких країнах уже стало необхідною умовою його використання при створенні державних або муніципальних реєстрів з дозволу до застосування ЛП. У 1984 р. уперше у світі Австралія законодавчо затвердила застосування критеріїв співвідношення вартості та ефективності для реєстрації і використання ЛП на території країни. У теперішній час аналогічні програми впроваджені у Франції, Голандії, деяких штатах США та інших країнах.

В Україні значно зріс інтерес до фармакоекономічних методів вартісної оцінки ефективності медичних технологій, схем лікарської терапії. З'явилися перші цілісні дослідження в області фармакоекономіки, дослідження із застосуванням математичних моделей, шкал оцінки ЯЖ пацієнтів [39]. В роботах різних українських науковців опрацьовано і впроваджено методики фармакоекономічного аналізу ЛЗ для лікування розсіяного склерозу, сифілісу, гонореї, ВІЛ/СНІДУ, цукрового і нецукрового діабету, психічних розладів, для запобігання вагітності і лікування клімактеричних розладів у жінок, лікарських рослинних засобів, які використовуються в гастроентерології та урології, комп'ютерні бази даних з фармакоекономічними параметрами, для пільгового забезпечення населення, військовослужбовців тощо [17, 28, 42, 45, 73, 123, 126, 151]. Надання фармацевтичної допомоги та фармакотерапія досліджуваного класу захворювань представлені в нормативно-правових документах не чітко і тому потребують детального опрацювання, проведення досліджень в напрямку вивчення фармакоекономічних аспектів фармакотерапії та розробки формулярних переліків ЛЗ з врахуванням регіональних підходів, адже формулярна система є одним із дієвих механізмів, спрямованих на більш раціональне використання обмежених коштів в умовах недостатнього фінансування системи охорони здоров'я.

На даному етапі досліджень метою було вивчення методів фармакоекономічного аналізу, порівняння особливостей їх застосування, характеристика і обґрунтування використання найбільш прийнятних для оптимізації лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт.

Об'єктами наших досліджень стали особливості надання медичної допомоги хворим дітям на гастрит і дуоденіт та відомі методи фармакоекономічного аналізу. Для досягнення мети використовували документальний, структурно-логічний та системно-оглядовий методи дослідження. Проведений аналіз літературних джерел дозволив порівняти відомі методи фармакоекономічного аналізу, виділити найбільш вживані, а також обґрунтувати вибір методу, що буде доцільно застосовувати для оптимізації лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт [84].

Необхідним підґрунтям для фармакоекономічного аналізу ефективності, доцільності, безпечності, доступності за ціною ЛЗ (послуг) є математико-статистичний VEN-аналіз життєво (Vital) необхідних, важливих (Essential) і другорядних (Non-essential) ЛЗ або медичних, фармацевтичних послуг [145, 153].

При виконанні ABC-аналізу медичні технології зводяться у таблиці в алфавітному порядку. Цей процес для ЛЗ складається з декількох етапів, потребує великих витрат часу, та є достатньо трудомістким. Аналіз вартості ЛЗ базується на середніх цінах оптових фармацевтичних фірм для стаціонарних хворих і середніх роздрібних цін – для амбулаторних хворих. Наступний етап ABC-аналізу медичних технологій фармацевтичної допомоги полягає у ранжуванні ЛЗ від найбільш до найменш витратних. Розраховується відсоток (%) від загальних витрат на ЛЗ. Такі обчислення проводяться для кожного ЛЗ (послуги) за групами ABC-витрат: 80% (А-), 15% (В-), 5% (С-група) від усіх витрат. В окремому стовпчику вказується частота використання кожної технології – ЛЗ чи послуги. Співставлення їх витрат й частоти застосування дає можливість проаналізувати, на що переважно витрачаються грошові кошти: на ексклюзивні (рідко призначувані), але дороговартісні ліки чи медичні

технології, надання відповідних послуг, чи менш коштовні, але масові, або мало коштовні, неефективні, що дорого обходяться хворому та державі.

Проте, оптимально обґрунтованих фармакологічних і фармакономічних доказів не достатньо для прийняття впевнених і безпомилкових рішень, з використанням VEN індексів. Такі висновки можуть прийматися лише експертним шляхом. Однак, з появою стандартизованих підходів лікування (стандарти і протоколи) з'явилась можливість проведення формального VEN-аналізу на основі ознак наявності медичної послуги та медикаментозного покриття за соціальною процедурою. Фармакономічні підходи до оптимізації лікування дозволяє визначити частоту тих чи інших захворювань в охороні здоров'я, найбільш витратні або найбільш раціональні рішення в лікуванні та використанні ЛЗ (фактично VEN-аналіз) [145, 153,171].

ABC-, VEN-частотний аналіз можливо використовувати не тільки для аналізу ЛЗ і медичних послуг, але й конкретних хвороб, тому в нашій роботі проаналізовані фармакономічні показники ЛЗ для фармакотерапії хворих на гастрит і дуоденіт в дитячому віці.

У вітчизняних дослідженнях провідними методами ФА є «мінімізація витрат» та «витрати-ефективність» [73].

Аналіз мінімізації витрат – cost minimization analysis (CMA) – вид фармакоеконічного аналізу, призначений для вибору препарату або методу лікування з метою виявлення найменш вартісного, що дозволяє заощадити кошти. Передбачає порівняння вартості методів лікування за умови їх однакової клінічної (терапевтичної) ефективності, використовується для фармакоеконічного оцінювання генеричних препаратів. Цей спосіб оцінки витрат переважно використовується стосовно окремих ЛЗ і може застосовуватись тільки для порівняння двох ЛЗ з еквівалентними дозою та терапевтичною дією. Перевагами аналізу мінімізації витрат є простота розрахунків і відсутність необхідності оцінювати результати проведеного лікування у грошовому вираженні [144].

Мінімізація витрат на фармакотерапію об'єднує сьогодні всі світові системи охорони здоров'я. Цей процес спричинений: зростанням рівня споживання ЛЗ, не лише в країнах, що розвиваються (Україна, РФ, Словенія), а й державах з розвинутою системою ОЗ (Австралія), нерідко через невиправдане чи недоцільне застосування ліків (Болгарія, Україна); зростання витрат ОЗ на ЛЗ (Чехія, Фінляндія, Україна); збільшення частки держави у витратах на ліки (Норвегія); ліки залишаються основним видом послуг, що потребують додаткових витрат з боку споживача (Узбекистан, Україна, Грузія, Нова Зеландія тощо); зростання витрат населення на ЛЗ (Естонія), через що населенню багато ЛЗ економічно недоступні (Латвія). Проте, слід зазначити, що не завжди мінімізація витрат на фармакотерапію призводить до підвищення її якості [48].

Аналіз «витрати-ефективність» cost-effectiveness analysis (CEA) – передбачає зіставлення вартості у грошовому вираженні з ефективністю (прямі та опосередковані клінічні ефекти) методів лікування. Цей вид фармакоекономічного аналізу дає можливість провести вартісне оцінювання ефективності, зокрема оцінити вартість одиниці ефективності методу лікування. В кінцевому результаті визначається не найбільш дешевий метод лікування захворювання, а оптимальний за ефективністю та витратами.

Основною вимогою проведення аналізу «витрати-ефективність» є наявність клінічних результатів достатнього рівня вірогідності, наявність вірогідної різниці в показниках ефективності порівнюваних методів лікування та використання однакових одиниць виміру показників ефективності [144]. Вичерпний реєстр рандомізованих клінічних випробовувань, що необхідні для складання систематичних оглядів, включений в високо доказові авторитетні світові бази даних (Cochrane Collaboration, Medline, PubMed, Best Evidence, Clinical Evidence, NICE, SIGN тощо). Але слід зауважити, що результати фармакоекономічних досліджень, які проводяться в інших країнах світу, не можуть бути перенесені без адаптації в систему охорони здоров'я України. Проведення фармакоекономічного аналізу повинно враховувати набутий досвід

вітчизняних фахівців у лікуванні досліджуваної патології, особливості епідеміологічних показників захворюваності серед населення, здатність бюджету задовольняти матеріальні потреби лікувального закладу, рівень та специфіку надання допомоги амбулаторно та в ЛПЗ [84, 128]. Головною метою фармакоеконічного аналізу на даному етапі стає пошук шляхів, які дозволять об'єднати ці два аспекти та знайти «золоту середину» – скласти перелік альтернативних ЛЗ таким чином, щоб це було оптимальним варіантом з погляду вартості лікування та терапевтичної ефективності і, відповідно, дотримались соціальних вимог суспільства [39, 84].

З фармакоеконічного погляду найбільш прийнятним є метод лікування, який на одиницю ефективності потребує менше витрат, тобто має менше значення коефіцієнта CER. Проте в різних випадках (на думку окремих користувачів результатів фармакоеконічного аналізу: керівників системи охорони здоров'я, ЛПЗ, виробників ЛП, лікарів, пацієнтів) прийняття рішення щодо вибору методу лікування або ЛП залежить також від наявності та розміру фінансових ресурсів, етичності щодо використання менш ефективного та менш витратного методу лікування, комплаєнсу пацієнта, колегіальності експертів (напр. членів формулярного комітету), які приймають рішення.

Перевагами методу «витрати-ефективність» є можливість оцінювати доцільність досліджуваної фармакотерапії з урахуванням її вартості та ефективності; можливість комплексного обґрунтування прийняття рішення щодо раціонального використання економічних ресурсів системи охорони здоров'я та пацієнтів; можливість оцінювати додаткові фінансові витрати на одиницю приросту ефективності лікування при заміні менш витратного та менш ефективного методу лікування на більш ефективний та більш витратний; відсутність необхідності порівнювати результати втручання в грошовому вираженні. Даний метод застосовується для порівняння альтернативних методів лікування і вибору найбільш оптимального з них; визначення фінансових витрат для досягнення більшої ефективності при заміні одного методу лікування на інший [144].

При цьому ефективність медичних технологій може бути визначена за допомогою різних методів. Більш простий метод, який частіше використовується для оцінки конкретної схеми надання медичної допомоги, передбачає порівняння витрат з отриманими результатами в межах однієї схеми лікування. Інший – вимагає порівняння різних медичних технологій в стандартних умовах. Саме цей підхід забезпечує можливість виміру оптимальної схеми лікування з медичної і економічної точок зору, де оцінка ефективності проведеної фармакотерапії визначається за ретроспективним або перспективним (прогнозованим) принципом. У вітчизняній системі охорони здоров'я частіше використовується ретроспективний принцип. Він реалізується на підставі реальних показників медичної допомоги, що надавалася хворим протягом останніх років. При перспективному підході всі показники, які формують результати лікування, екстраполюються на майбутнє, виходячи із основних характеристик існуючої ситуації.

Обгрунтовано вибір методів фармакоеконічного аналізу для проведення подальших фармакоеконічних досліджень з метою оптимізації лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт. Фармацевтична галузь у системі охорони здоров'я повинна гарантувати, що хворі отримують найкращу фармакотерапію за сучасних умов. Комплексне використання результатів фармакоеконічних досліджень дає можливість створювати формуляри на зразок західних країн та раціонально використовувати кошти держави (страхових компаній) та хворих на профілактику і лікування захворювань.

4.2 Клініко-еконічний аналіз фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт

В умовах обмежених грошових ресурсів в ЛПЗ проводиться робота щодо ефективного використання ЛЗ. Для оптимізації витрат на ЛЗ застосовують різні методи фармакоеконічного аналізу. Комплексні клініко-

економічні дослідження за допомогою частотного, АВС- та VEN-аналізів дозволяють встановити пріоритети для ефективного використання ЛЗ. Тому завдяки цим методам можливе обґрунтування методики оптимізації асортименту лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару на регіональному рівні та подальше використання результатів досліджень при розробці локальних формулярів.

Проаналізовано історії хвороб дітей, що знаходилися в ЛПЗ на стаціонарному лікуванні у відділенні з гастропатологією за 2010-2011 рр. в Миколаївській, Одеській та Херсонській областях. Для подальших досліджень було відібрано 275 історій хвороб дітей з діагнозом за МКХ-10 з кодом К29 «Гастрит і дуоденіт», а саме: К29.3 «Хронічний неатрофічний гастрит» (188); К29.6 «Інший гастрит» (6); К29.8 «Дуоденіт» (15); К29.9 «Гастродуоденіт неуточнений» (66).

Серед супутніх захворювань найбільш часто зустрічалась наступна патологія: дискінезія жовчовивідних шляхів у 61 % хворих, диспанкреатизм – 25 %, рефлюксний езофагіт – 22,5 %, кардіоміопатія – 14,5 %, вегето-судинна дистонія – 11,6 %, хронічний тонзиліт – 8,4 %.

У відібраній сукупності історій хвороб дівчата склали 55,6 % (153) від загальної кількості хворих. На стаціонарному лікуванні, яке в середньому складало 12 ліжко-днів ($3420/275=12,4$) перебували діти у віці від 4 до 17 років (середній вік складав 12,5 років). Аналіз розподілу пацієнтів за періодами дитячого віку представлений в табл. 4.1.

Таблиця 4.1

**Розподіл за періодами дитячого віку хворих дітей
на гастрит і дуоденіт**

Назва періоду	Вік, років	Кількість хворих	% хворих
Дошкільний	від 3 до 6-7	12	4,4
Молодший шкільний	від 7 до 11	77	28,0
Старший шкільний	від 12 до 17-18	186	67,6

З табл. 4.1 видно, що більше половини дітей (67,6 %), що перебували на стаціонарному лікуванні, склали діти старшого шкільного віку.

Дослідження листів призначень відібраних історій хвороб показали, що за досліджуваний період в умовах стаціонару даним хворим було здійснено 1578 призначень за 102 INN у вигляді 165 торгових найменувань із 82 груп за анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією ВООЗ (АТХ): інгібітори «протонного насоса» (A02BC), інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань (A02BX), пеніциліни широкого спектру дії (J01CA), макроліди (J01FA), комбіновані препарати та комплексні сполуки алюмінію, кальцію і магнію (A02AD), препарати ферментів (A09AA), антагоністи H₂-рецепторів (A02BA), папаверин та його похідні (A03AD) та ін.

Аналіз структури лікарських призначень за першим рівнем АТХ-класифікації представлений на рис. 4.1.

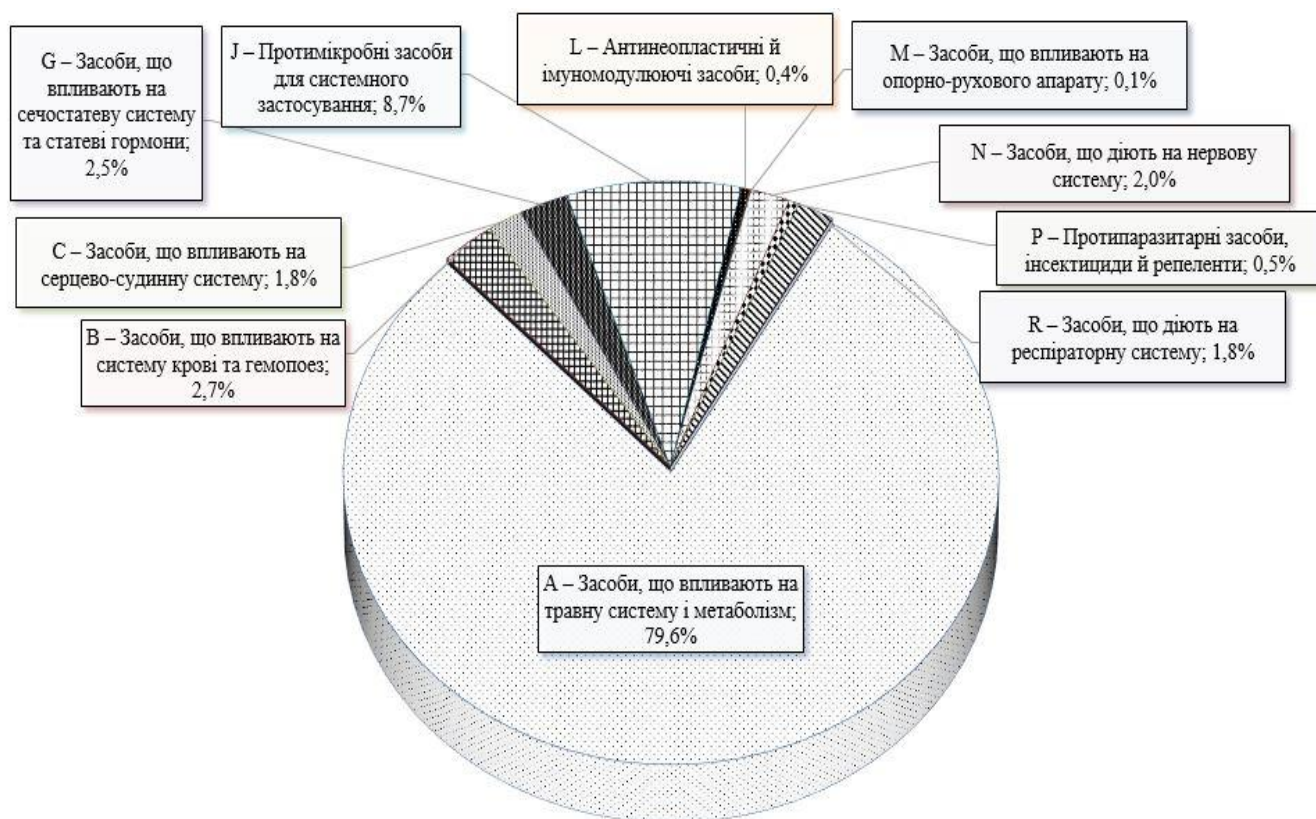


Рис. 4.1 Аналіз структури лікарських призначень за першим рівнем АТХ-класифікації

Як видно з рис. 4.1, найбільша кількість призначень припадає на 2 групи ЛЗ «А – Засоби, що впливають на травну систему і метаболізм» (1256 призначень) та на групу «J – Протимікробні засоби для системного застосування» (137 призначень), які забезпечують 79,6% та 8,7% з усього асортименту призначень відповідно. Подальший частотний аналіз цих груп показав, що групу «А – Засоби, що впливають на травну систему і метаболізм» склали 52 ЛЗ за INN (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

**Частотний аналіз лікарських призначень за групою
А - Засоби, що впливають на травну систему і метаболізм**

АТС код	Назва підгрупи препаратів	Кількість призначень	%
1	2	3	4
A02B	Засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби	261	20,8
A02A	Антациди	199	15,8
A03A	Засоби, що застосовуються при функціональних розладах з боку ШКТ	184	14,6
A03F	Стимулятори перистальтики (пропульсанти)	160	12,7
A09A	Засоби, що покращують травлення, включаючи ферменти	115	9,2
A05A	Засоби, що застос. при біліарній патології	87	6,9
A07F	Антидіарейні мікробні препарати	54	4,3
A02X	Інші засоби для лікування кислотно-залежних захворювань	47	3,7
A05B	Препарати, що застосовуються при захворюваннях печінки, ліпотропні речовини	43	3,4
A03D	Спазмолітичні засоби у комбінації з анальгетиками	27	2,1
A06A	Лікарські засоби, що застосовуються для лікування закрепів	22	1,8
A07B	Ентеросорбенти	17	1,4
A16A	Різні засоби, що впливають на травну систему і метаболізм	9	0,7
A11D	Прості препарати вітаміну В	6	0,5
A11E	Комплекси вітамінів групи В, комбінації	5	0,4
A11G	Препарати аскорбінової кислоти (вітамін С) і комбіновані препарати, що її містять	4	0,3

Продовження табл. 4.2

1	2	3	4
A12C	Інші мінеральні добавки	4	0,3
A03E	Спазмолітичні та антихолінергічні засоби в комбінації з іншими препаратами	4	0,3
A11J	Інші комбіновані вітамінні препарати	3	0,2
A04A	Протиблювотні засоби та препарати, що усувають нудоту	2	0,2
A11H	Інші прості препарати вітамінів	2	0,2
A14B	Нестероїдні анаболічні засоби	1	0,1
Всього		1256	100,0

Більше половини призначень (64 % – 804 призначення) цієї групи представлені 4 фармакотерапевтичними підгрупами (A02B, A02A, A03A, A03F), а саме препаратами вісмуту субцитрату колоїдного, фамотидину, алюмінію гідроксиду в комбінації з магнію гідроксидом, платифіліну, прифінію броміду, домперидону.

Групу J доцільно було також детально розглянути (табл. 4.3), бо при ерадикаційній фармакотерапії використовуються антибактеріальні препарати. 67,9 % з призначень за даною групою належить 2 підгрупам J01C та J01F (препарати кларитроміцину, амоксициліну), що відповідає протоколам лікування.

Таблиця 4.3

**Частотний аналіз лікарських призначень за групою
J - Протимікробні засоби для системного застосування**

АТС код	Назва підгрупи препаратів	Кількість призначень	%
J01C	Бета-лактамі антибіотики, в т.ч. пеніциліни	53	38,7
J01F	Макроліди, лінкозаміди та стрептограміни	40	29,2
J01X	Інші антибактеріальні засоби	24	17,5
J01D	Антибактеріальні засоби для системного застосування	8	5,8
J05A	Противірусні засоби прямої дії	8	5,8
J01G	Аміноглікозиди	4	2,9
Всього		137	100,0

Частота призначень всіх досліджуваних ЛЗ коливалась від 1 (0,1 %) до 76 (4,8 %), що вказує на незбалансованість асортименту ЛЗ. Тому доцільним було проведення АВС-аналізу, що дозволив оцінити структуру призначень ЛЗ досліджуваним хворим, визначити найбільш часто призначувані ЛЗ і витратні, які потрібно включати в перелік для формування локального формуляру ЛЗ.

При проведенні розрахунків вартості споживаних ЛЗ використовувались дані з попередньо проведеного моніторингу цін на вітчизняному оптовому ринку ЛЗ. Використовувались дані прайс-листів провідних оптових фірм України, а саме: «АВС Логістик Парк» (Київ), «Альба Україна» (Київ), «БАДМ» (Дніпропетровськ), «Вента ЛТД» (Дніпропетровськ), «Оптима-фарм» (Київ), «Фармако» (Київ), «Фармпланета» (Київ) та ін. Так, для оригінальних препаратів використовували значення середньої ціни, а у випадках з препаратами-генериками були використані ціни тієї оптової фірми, яка пропонувала на ринку свій препарат за найнижчою ціною. Для розрахунків роздрібною ціною було проведено анкетування керівників аптек м. Одеси та області з метою визначення середнього рівня торгівельної націнки на досліджувані ЛЗ.

Для проведення АВС-аналізу всі виписані лікарські засоби ранжували в порядку зменшення витрат на три групи: «А» – найбільш витратні ліки, на які в сумі пішло 80 % витрат, «В» – менш витратні, що становить 15 % обсягу витрат, «С» – найменш витратні (5 % витрат). Загальна сума витрат на ЛЗ становила 57350,09 грн. В середньому на одну хвору дитину приходилось 6 препаратів.

До групи А віднесли 22 INN ЛЗ (21,6 % асортименту), представлені 58 торговими найменуваннями. Вони забезпечили 71,1 % всіх призначень та скали 79,6 % витрат (45631,62 грн.). Найвищий показник витрат виявився у поліферментних препаратів (А09АА02), які призначаються при супутньому захворюванні, що доводить велику кількість захворювань підшлункової залози паралельно з гастритом і дуоденітом. Високий показник призначень і витрат отримали препарати домперидону (А03FA03), алюмінію гідроксиду у

комбінації з магнію гідроксидом (A02AD01), вісмуту субцитрату колоїдного (A02BX05). Препарати груп Антациди (A02A), Стимулятори перистальтики (пропульсанти) (A03F), Засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (A02B) забезпечили 52,4 % призначень та 48 % витрат групи А. Також до цієї групи увійшли антибактеріальні препарати з антихелікобактерною дією: Бета-лактамі антибіотики, в т.ч. пеніциліни (J01C), Макроліди, лінкозаміди та стрептограміни (J01F), що представили біля 8 % призначень та витрат.

До групи В віднесли 28 INN ЛЗ (27,4 % асортименту) у вигляді 43 торгових назв, що забезпечили 17,3 % призначень і 15,5 % витрат. Групу С представили 52 INN ЛЗ (51,0 % асортименту) у вигляді 64 торгових назв, що забезпечили 11,6 % призначень і 4,9 % витрат.

Таке співвідношення зумовлене тим, що до групи А віднесли ті препарати, що найбільш витратні та часто призначувані, а також водночас майже всі входять до переліку ЛЗ, що рекомендують Протоколи лікування ХГ і ХГД у дітей (2013). Витрати склали наступне співвідношення у групах, %: 79,6 : 15,5 : 4,9.

VEN-аналіз проведено спільно з ABC-аналізом (Додаток В). VEN-аналіз дозволив оцінити раціональність (розумність) витрачання фінансових коштів. Для цього всі виписані пацієнтам лікарські засоби поділено на три категорії: V (англ. vital, життєво-важливі), E (англ. essential, необхідні), N (англ. non-essential, неважливі). VEN-аналіз дозволяє оцінити, ліки якої категорії переважають у використанні. До групи V віднесли препарати, що входять до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення, затвердженого постановою КМ України № 333 від 25.03.2009 р., Протоколами діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей для даної нозології за наказом МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. та Державного формуляру лікарських засобів України одночасно, до групи E – ЛЗ, що входять до Протоколів діагностики та лікування захворювань органів

травлення у дітей для даної нозології за наказом МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р., а групу N – всі інші ЛЗ, що не увійшли до груп V та E.

За результатами проведеного формального VEN-аналізу фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, на етапі стаціонарного лікування встановлено, що до групи V увійшли 5 INN ЛЗ, до групи E – 37 INN ЛЗ, до групи N – всі інші ЛЗ. Основну питому вагу склали необхідні (E) та другорядні (N) ЛЗ, а саме: 36,3 % і 58,8 % відповідно. Таким чином, співвідношення INN ЛЗ у групах V, E, N у відсотках становило 4,9 : 36,3 : 58,8. Висока частота призначень ЛЗ з групи N може свідчити про тяжкість стану хворих і наявність великої кількості супутніх захворювань, що потребує подальших комплексних фармакоеконімічних досліджень лікарського забезпечення хворих з досліджуваною патологією.

В результаті ABC/VEN-аналізу до групи AV (життєво-необхідних) і групи AE (необхідних) увійшли 12 INN ЛЗ з 11 фармакотерапевтичних груп, які забезпечили 784 призначення (майже 50 %) для надання допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару (табл. 4.4).

Порівняльний аналіз асортименту використаних препаратів при лікуванні дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, в умовах стаціонару та складу клінічного протоколу з лікування цієї патології «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» (2013) показав, що вони отримали наступні статуси за ABC/VEN-частотним дослідженням [146]:

- антибактеріальні засоби для проведення антихелікобактерної терапії: напівсинтетичні пеніциліни (J01CA) – амоксицилін (J01CA04) – AV; макроліди (J01FA) – рокситроміцин (J01FA06) – CE, кларитроміцин (J01FA09) – AE; нітрофурани (G01AX) – фуразолідон (G01AX06) – BE;
- препарати колоїдного субцитрату вісмуту (A02BX05) – AE;
- паралельно призначаються антисекреторні препарати: блокатори H₂-рецепторів гістаміну другого чи третього покоління - ранітидин (A02BA02) –

СЕ, фамотидин (A02BA03) – АЕ або інгібітори Н+/К+-АТФ-ази (ІПН) – омепразол (A02BC01) – АЕ, пантопризол (A02BC02) – ВЕ;

– далі згідно протоколу поступово переходять на антациди, що не всмоктуються (A02A): алюмінію фосфат (A02AB03) – АЕ та інші сполуки алюмінію, магнію, кальцію (A02A D) – комбінації простих солей (A02A D01) – АЕ;

–

– при моторних порушеннях призначають прокінетики – домперидон (A03FA03) – АЕ, а також препарати альгінової кислоти (A02BX13) – ВЕ;

– паралельно, при необхідності, призначаються цитопротектори і репаранти – смектит (A07BC05) – СЕ;

– при спазмах і вираженому больовому синдромі рекомендують спазмолітики – мебеверин (A07BC05) – ВЕ, папаверин (A03AD01) – СЕ, дротаверин (A03AD02) – ВЕ; прифінію бромід (A03AB18) – АЕ, препарати беладони (A03B).

Більшість препаратів мали статус AV, АЕ, ВЕ – найвитратніші, середньовитратні, життєво-необхідні та необхідні.

Результати комплексного ABC/VEN-частотного аналізу свідчать про відповідність призначуваних ліків клінічним протоколам лікування, тобто активно впроваджуються принципи раціональної фармакотерапії, що ґрунтується на клініко-економічному аналізі, а також інших методах фармакоеконічних досліджень.

Отримані результати показників вартості споживання ЛЗ та виявлення фактів поліпрагмазії, потребують подальшого проведення фармакоеконічних досліджень з метою оптимізації лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт. Це дозволить раціонально розподіляти обмежені фінансові ресурси при закупівлі ЛЗ з фармакоеконічно доведеною ефективністю.

Таблиця 4.4

**Матриця комплексного клініко-економічного аналізу фармацевтичного забезпечення дітей,
хворих на гастрит і дуоденіт, в умовах стаціонару**

	V						E						N					
	Кількість призначень		Кількість ЛЗ		Споживання ЛЗ		Кількість призначень		Кількість ЛЗ		Споживання ЛЗ		Кількість призначень		Кількість ЛЗ		Споживання ЛЗ	
	Абс.	%	INN	Торгові назви	грн	%	Абс.	%	INN	Торгові назви	грн	%	Абс.	%	INN	Торгові назви	грн	%
A	50	3,17	1	3	1329,11	2,32	734	46,51	11	26	28534,3	49,75	338	21,41	11	29	15768,21	27,5
B	-	-	-	-	-	-	190	12,03	10	19	3357,16	5,85	83	5,21	18	24	5527,01	9,65
C	8	0,49	4	5	111,89	0,19	56	3,53	16	18	1070,85	1,85	119	7,5	32	41	1651,56	2,9
Разом	58	3,66	5	8	1441	2,51	980	62,07	37	63	32962,31	57,45	540	34,12	60	94	22946,78	40,05

4.3 Фармакоеконічний аналіз основних схем фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт

Наступним етапом дослідження було визначення основних схем фармакотерапії визначених патологічних станів у дітей та встановлення показників ефективності їх застосування. Для цього використаний метод експертних оцінок, де за допомогою розробленої анкети, з урахуванням компетенції медичних фахівців, нами були отримані вісім основних моделей лікування ХГ та ХГД, не асоційованих з *H. pylori*, та вісім схем фармакотерапії ХГ та ХГД, викликаних пілоричним мікробом. Було проведено визначення їх безпечності, можливих ускладнень проведеної терапії та показників ефективності, виражені у відсотках позитивних результатів до загальної кількості пацієнтів, які отримували лікування за обраною схемою хронічного гастриту та дуоденіту, викликані впливом неінфекційних факторів (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Схеми лікування хронічного гастриту та дуоденіту, викликані впливом неінфекційних факторів

№ схеми	Склад основної моделі терапія	Супутня терапія	Тривалість лікування, днів	Показник ефективності, %
1	2	3	4	5
1	Квамател 0,02 2 р/д - 14 днів Фосфалюгель 1 пак. 3 р/д - 14 днів Моторикс 1 табл. 3 р/д - 13 днів Валеріана 1 др. 3 р/д - 14 днів		14	80
2	Омеп 20 мг 1 табл. 2 р/д - 13 днів Альмагель 1 ст. л. 3 р/д - 13 днів Моторикум 1 табл. 3 р/д - 13 днів	Мезим форте 1 др. 3 р/д - 4 дні Галстена 15 к 3 р/д - 4 дні	13	85
3	Фосфалюгель 1/2 пак. 3 р/д - 9 днів Альтан 1 табл. 3 р/д - 8 днів Платифілін 1,0 мл 2 р/д в/м - 6 днів Домідон 1 табл. 2 р/д - 11 днів	Хофітол 1 табл. 3 р/д - 13 днів Метронідазол 0,25 2 р/д - 9 днів	16	70

Продовження табл. 4.5

1	2	3	4	5
4	Гастро-норм 1 табл. 3 р/д - 16 днів Но-шпа 1/2 табл. 2 р/д - 7 днів	Лінекс 1 капс. 3 р/д - 10 днів Панкреатин 1 табл. 3 р/д - 16 дн Алохол 1 табл. 3 р/д - 7 дн	15	60
5	Квамател 20 мг 1 табл. 2 р/д - 8 дн Гастро-норм 1 табл. 3 р/д - 9 днів Маалокс 1 пак. 3 р/д - 16 днів Беластезин 1 табл. 2 р/д - 11 днів Домідон 1 табл. 2 р/д - 10 днів	Алохол 1 табл. 3 р/д - 8 днів	15	80
6	Віс-нол 1 капс. х 2 р/д - 14 днів Омепразол 1 капс. 2р/д - 7 днів Маалокс 1 пак. х 3р/д - 7 днів Но-шпа 2мл внутрішньо 2 р/д- 3дн Гастрофіт 2/3 стак. 3 р/д - 7 днів		14	90
7	Гастро-норм 1 табл. 2р/д - 14 днів Проксіум 1 табл. 1 р/д - 14 днів Меверин 1 капс. 2 р/д - 14 днів Персен 1табл. 2 р/д - 14 днів		14	95
8	Фамотидин 0,02 4 р/д - 15 днів Маалокс 1м. ложка 4 р/д - 15 днів Мотиліум 1табл. 3 р/д - 15 днів	Лацідофіл 1 капс. 3р/д - 15 днів	15	85

Таким самим чином проведені дослідження для схем фармакотерапії гастриту і дуоденіту, асоційованого з *H. pylori* (табл. 4.6), які потребують достатньо великої уваги, зважаючи на їх розповсюдженість у всьому світі.

Спочатку були досліджені схеми лікування ХГ та ХГД, асоційованих з пілорічним мікробом.

Після визначення складу схем фармакотерапії та показників ефективності нами був проведений їх фармакоеконічний аналіз [46] за допомогою інформаційно-аналітичної системи «Фармексперт Сервіс» (ІАС «ФЕС») (авт. Р. Л. Притула, В. В. Трохимчук, В. В. Страшний, Р. О. Глебушкин, В. В. Трохимчук (мол.)), яка дозволяє здійснювати клініко-економічні розрахунки шляхом визначення загальної вартості захворювання, а також за вартісно-ефективнісними показниками [7].

При цьому можуть бути проаналізовані моделі терапії, що відповідають протоколам лікування, а також підходи, які відповідають сучасним тенденціям надання медичної допомоги при гострій формі гастриту і дуоденіту у дітей.

Таблиця 4.6

Схеми лікування хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованих з *H. Pylori*

№ схеми	Склад основної моделі терапія	Супутня терапія	Тривалість лікування, діб	Показник ефективності, %
1	2	3	4	5
1	Флемоксин 0,25 3 р/д - 7 днів Фромілід 0,125 2 р/д - 7 днів Віс-нол 1 капс. 2 р/д - 7 днів Квамател 0,01 2 р/д - 14 днів Фосфалюгель 1 пак. 3 р/д - 7 днів Моторікс 1 табл. 2 р/д - 13 днів Дуспаталін 1/2 капс. 2 р/д - 8 днів	Мезим форте 1 др. 3 р/д - 14 днів	14	90
2	Амоксицилін 0,5 3 р/д - 7 днів Кларимед 0,25 2 р/д - 7 днів Омеп 1 табл. 2 р/д - 14 днів Альмагель 1 ст. л. 3 р/д - 14 днів Моторікум 1 табл. 3 р/д - 14 днів Меверін 1 капс. 2 р/д - 11 днів	Біфіформ 1 капс. 2 р/д - 10 днів	14	95
3	Де-нол 1 табл. 3 р/д - 10 днів Флемоклав 0,5 2 р/д - 10 днів Фуразолідон 3 табл. 2 р/д - 10 днів Фамотидин 1 табл. 2 р/д - 11 днів Альмагель 1 ст л. 3 р/д - 11 днів		19	90
4	Амоксіл 0,25 2 р/д - 10 днів Фуразолідон 1 табл. 3 р/д - 10 днів Де-нол 1 табл. 2 р/д 10 днів Фосфалюгель 1/2 пак. 3 р/д - 11 днів Моторікс 1 табл. 2 р/д - 11 днів	Креон 10 тис 1 капс. 3 р/д - 15 днів Артіхол 1 табл. 3 р/д 1 день	14	85
5	Де-нол 1 табл. 2 р/д - 14 днів Клацид 0,125 2 р/д - 10 днів Метронідазол 0,25 2 р/д - 7 днів Фамотидин 0,02 3 р/д - 14 днів Гліцисед 2 табл. 2 р/д - 14 днів	Лактовіт 1 капс. 3р/д - 14 днів	14	75

Продовження табл. 4.6

1	2	3	4	5
6	Проксіум 0,04 2 р/д - 7 днів Флемоксин 1табл. 2р/д - 7 днів Клацид 0,5 1 р/д - 3 дні Де-нол 1табл. - 14 днів Персен 2 табл. 2 р/д - 7 днів Маалокс 1 м. ложка 3 р/д - 10 днів		14	95
7	Гастро-норм 2 табл. 2 р/д - 5 днів Амоксицилін 0,5 2 р/д - 5 днів Кларитроміцин 0,5 1 р/д - 5 днів Ріабал 1 табл. 3 р/д - 6 днів	Лацідофіл 1 капс. 2 р/д - 6 днів	12	85
8	Фамотидин 0,02 4 р/д - 14 днів Де-нол 1 табл. 4 р/д - 14 днів Метронідазол 0,25 3 р/д - 7 днів Гліцисед 2 табл. 3 р/д - 14 днів Нейровітан 1табл. 1 р/д- 14 днів	Хофітол 1табл. 3р/д - 14 днів	14	75

Вартість лікарських засобів, що увійшли в дизайн дослідження, визначалася за середньозваженими цінами на препарати, доступні для застосування у медичній практиці на території України і наявні в базі даних «Лікарські засоби» компанії «Моріон» станом на 10.04.2013 року [60] (рис. 4.2).

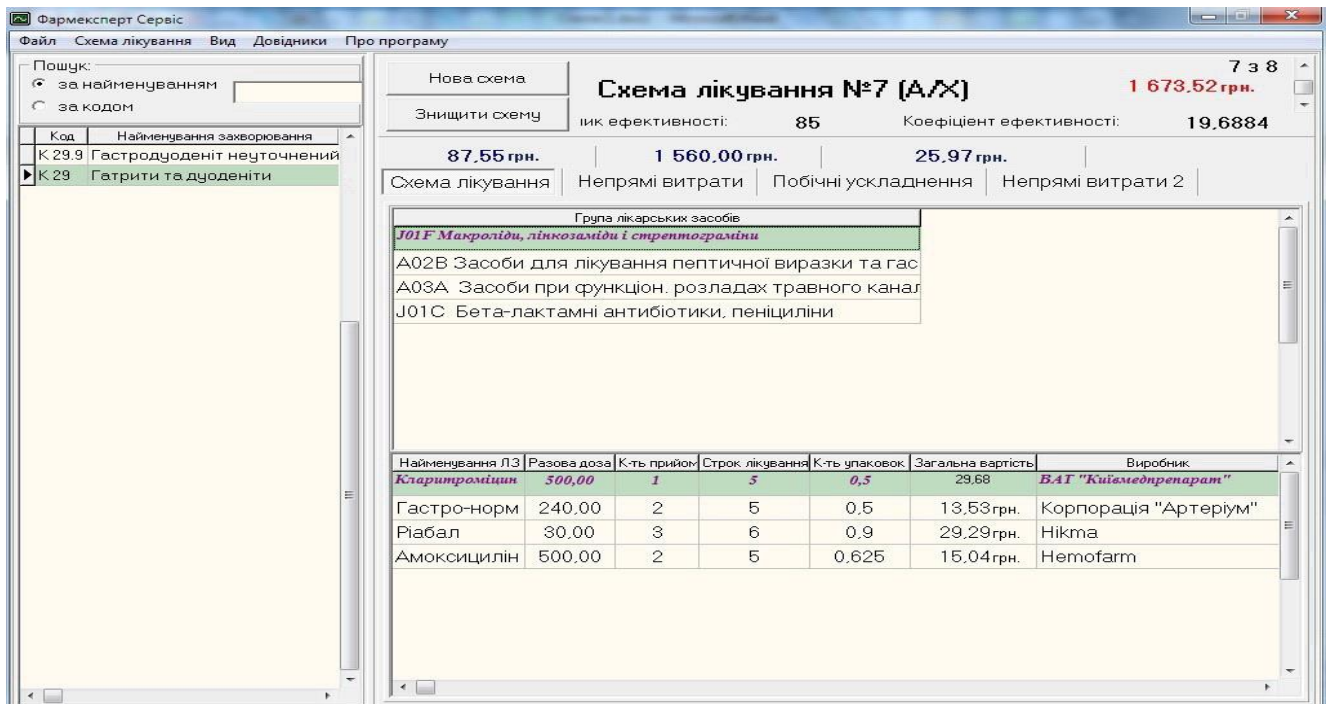


Рис. 4.2 Визначення загальної вартості окремої схеми медикаментозної терапії хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованого з *H. pylori*

При визначенні загальних витрат на реалізацію окремої схеми лікування, крім вартості медикаментозної складової, враховані непрямі витрати, основними з яких є витрати ЛПЗ на з розрахунку на одну добу перебування пацієнта в стаціонарі (130 грн.), на усунення побічних ефектів і ускладнень основної схеми лікування (антидіарейні засоби, препарати, які покращують травлення тощо) (рис. 4.3).

The screenshot shows the 'Фармексперт Сервіс' application window. The main area displays the 'Схема лікування №4 (А/Х)' with a total cost of 2 123.88 грн. The interface includes a search bar, a list of diseases, and a table of drugs with their dosages and costs.

Найменування ЛЗ	Разова доза	К-ть прийомів на добу	Строк лікування	К-ть упаковок	Загальна вартість
Креон	150	3	15	2,25	151,97грн.
Артіхол	200	3	1	0,1	2,24

Рис. 4.3 Визначення вартості непрямих витрат проведення супутньої терапії хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованого з Н. pylori

Ввівши до програми усі необхідні дані, було розраховано загальну вартість та здійснено порівняння усіх моделей фармакотерапії, що обрані для фармакоеконімічних досліджень (рис. 4.4). Найменші витрати необхідні для реалізації схеми лікування №7 (1673, 52 грн.), яка в цілому відповідає вимогам

Клінічного протоколу [115]. Найбільших вартістю виявилася схема лікування №3, на реалізацію якої необхідно витратити 2736,68 грн.

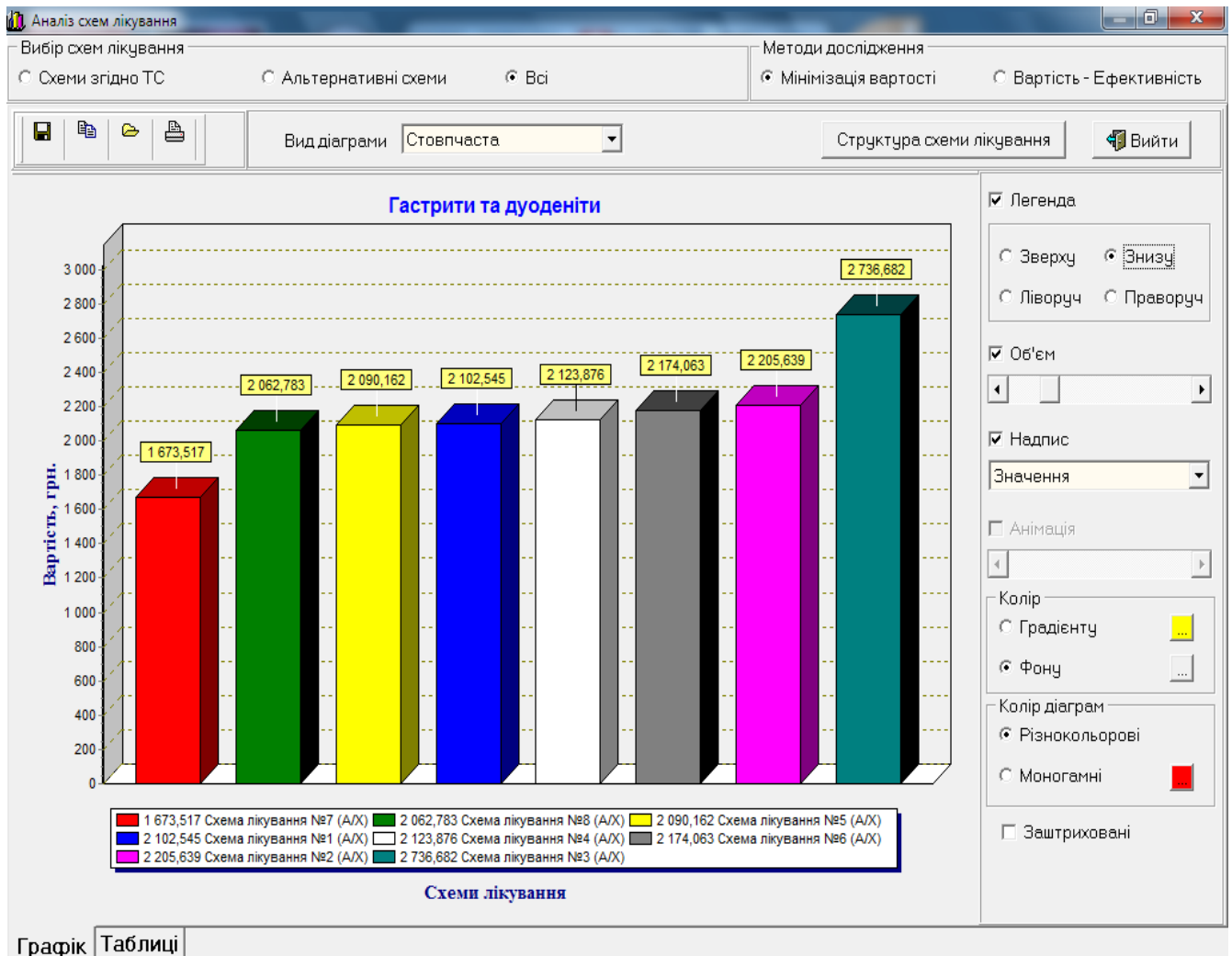


Рис. 4.4 Визначення загальної вартості основних моделей лікування хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованого з *H. pylori*

Наступним етапом проведення фармакоеконічного аналізу за допомогою програми «Фармексперт Сервіс» було введення даних щодо ефективності окремої схеми лікування та визначення оптимальних моделей хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованого з *H. pylori* у дітей за вартісно-ефективнісним показником, тобто за коефіцієнтом ефективності, що представляв собою затрати на одиницю ефективності (рис. 4.5). Найбільш ефективною визнається та схема, де коефіцієнт ефективності буде мінімальним [].

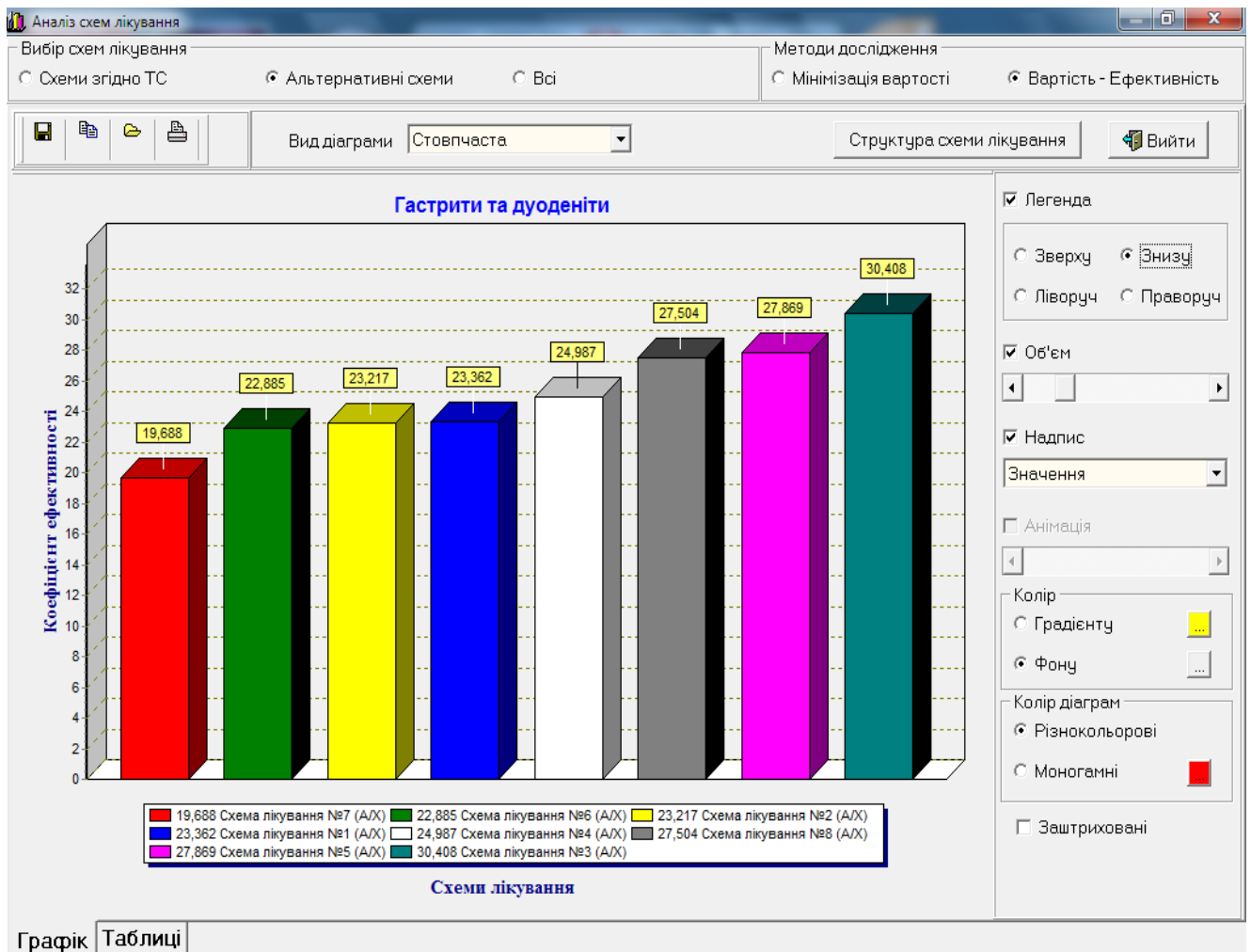


Рис. 4.5 Розрахунок коефіцієнту ефективності основних моделей лікування хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованого з *H. pylori*

Як видно з даних рис. 4.5, оптимальною з точки зору як вартісних, так і клінічних показників, виявилася схема №7, до складу якої увійшли антибактеріальні засоби (Кларитроміцин та Амоксицилін), препарат вісмуту (Гастро-норм), а також засіб, що використовується при функціональних розладах травного каналу (Ріабал).

На заключному етапі фармакоекономічного аналізу нами проаналізовано структуру витрат на реалізацію основних схем фармакотерапії хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованого з *H. pylori* в умовах педіатричного відділення при стаціонарному лікуванні (рис. 4.6).

Як видно з рис. 4.6, у загальній структурі витрат найбільша питома вага належить вартості перебування хворого у стаціонарі, тобто інституціонарним

витратам, які належать ЛПЗ, вони присутні навіть при відсутності застосування конкретної медичної технології (опалення, водопостачання, освітлення для лікувального закладу, ремонт приладів, наукова література тощо).

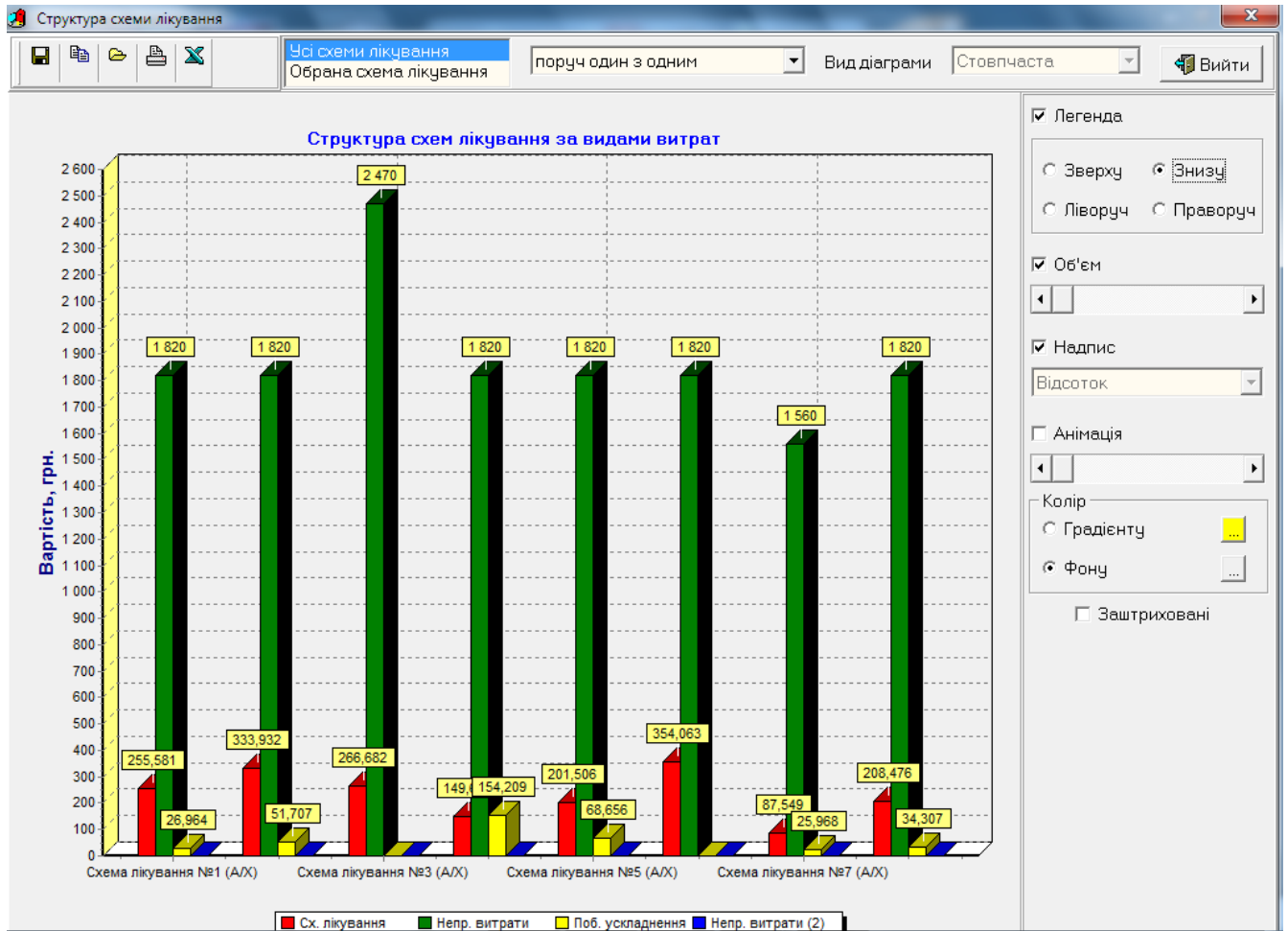


Рис. 4.6 Аналіз структури витрат на лікування хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованого з *H. pylori* в умовах дитячого стаціонару

Тому вважаємо, враховуючи особливості лікування (переважно пероральний спосіб введення препаратів), тяжкість стану хворого та інші фактори, доцільно розглянути питання проведення лікування окремих нозологічних форм захворювань травного каналу у дітей (поверхневий, осередкований гастрит та дуоденіт тощо) в амбулаторних умовах або на денному

стаціонарі, що відповідає поглядам, викладеним у Клінічних протоколах та дозволить значно знизити витрати на лікування даних патологій.

За допомогою програми «Фармексперт Сервіс» нами було розраховано також основні фармакоеконмічні показники обраних моделей лікування ХГ та ХГД, не асоційованих з пілорічним мікробом (табл. 4.5). У результаті цього встановлено, що найменшу вартість медикаментозної терапії має схема №2, яка містить інгібітор протонного насосу (Омеп), антацидний препарат (Алмагель) та стимулятор перистальтики кішківника (Моторикум), що представлено на рис. 4.7.

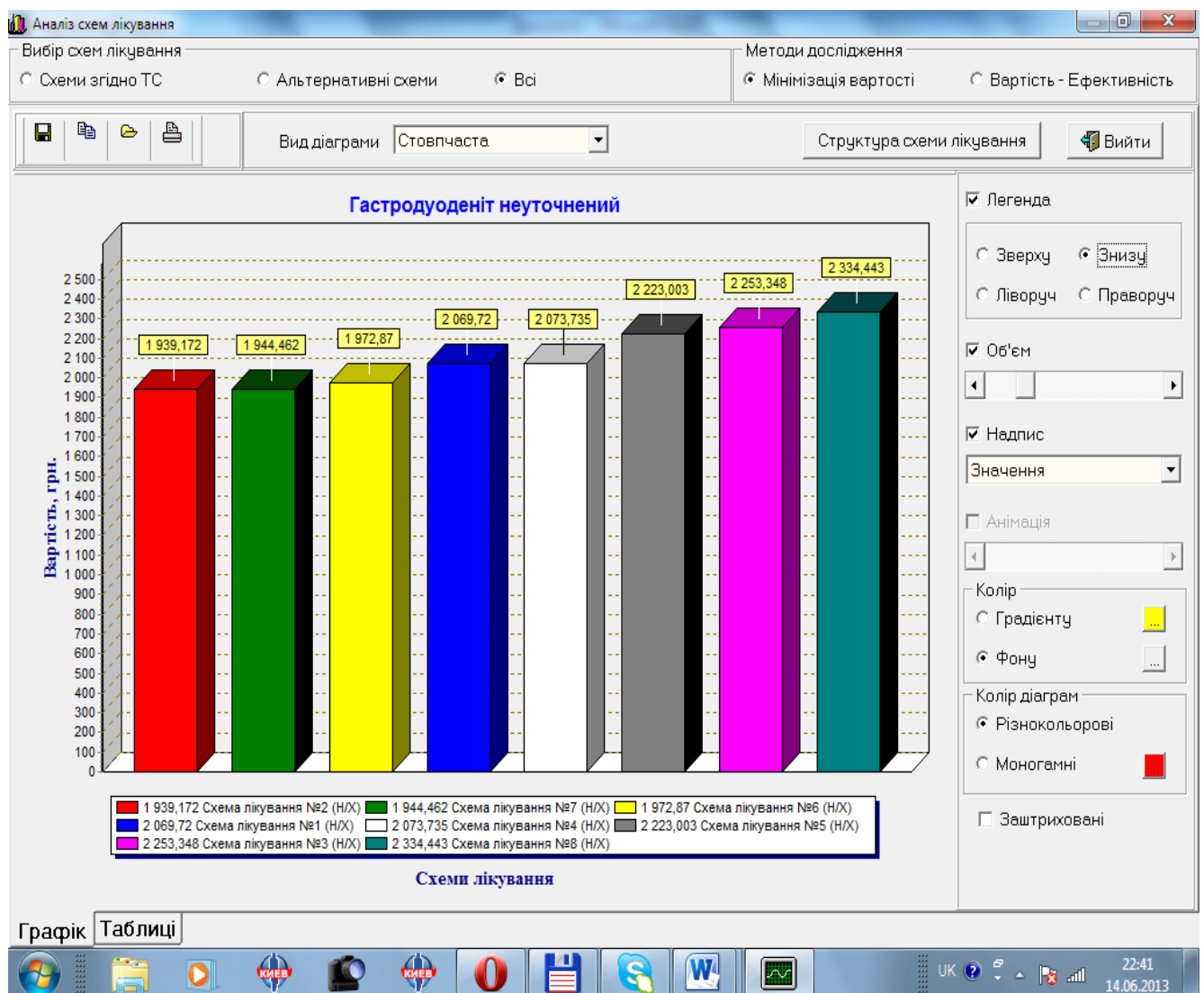


Рис. 4.7 Визначення загальної вартості основних моделей лікування хронічного гастриту та дуоденіту, асоційованого з *H. pylori*

Оптимальною з точки зору вартості та ефективності є модель терапії №7 (рис.4.8), яка має найменший показник CER і включає препарат вісмуту (Гастро-норм), інгібітор протонного насосу (Проксіум), міотропний спазмолітик мебеверин (Меверин), а також заспокійливий засіб (Персен).

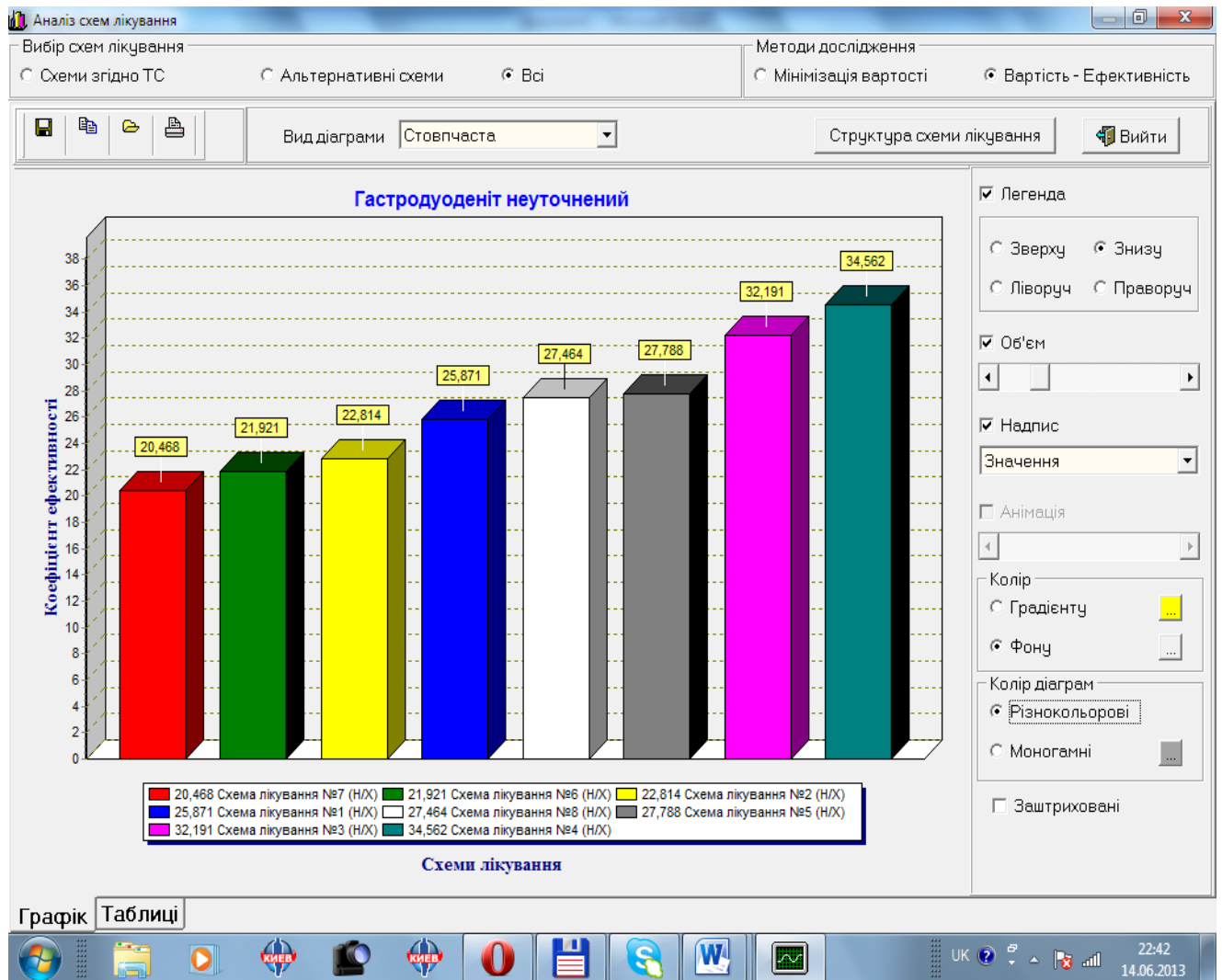


Рис. 4.8 Розрахунок коефіцієнту ефективності основних моделей лікування хронічного гастриту та дуоденіту, викликаного нейнфекційними факторами

На другому і третьому місці за значенням показника «витрати-ефективність» опинилися схеми № 6 і № 2, які також доцільно розглядати в якості раціонального використання в лікувальній практиці.

Враховуючи той факт, що найбільша частота інфікованості *H. pylori* з віком збільшується, досягаючи рівня дорослих до 12–14 років, далі нами були проведені розрахунки за методом «мінімізації витрат» для найбільш призначуваних і перспективних ЛЗ для антихелікобактерної терапії дітей після 12 років. Широке використання антибактеріальних препаратів у дитячому віці обумовлює збільшення антибіотикорезистентності штамів *H. pylori* серед дитячого контингенту пацієнтів. Тому особо важливим залишається питання правильного вибору антибактеріальних препаратів для проведення ефективної ерадикації *H. pylori* саме в педіатричній практиці. На сьогодні у світі зафіксоване зростання антибіотикорезистентності *H. pylori* до кларитроміцину, проте не було ідентифіковане зростання резистентності до амоксициліну, через що він залишається найбільш важливим елементом у схемах ерадикаційної терапії. Саме тому об'єктом для проведення фармакоекономічних розрахунків ми обрали наступну однотижневу потрійну схему: омепразол+амоксицилін+колоїдний субцитрат вісмуту.

У проведеному дослідженні були розраховані прямі витрати на ЛЗ для лікування гастродуоденіту, асоційованого з *H. Pylori*, у дітей 16 років в стаціонарних умовах. Вартість курсу лікування хворих тривалістю 7 днів включала витрати на вказані ЛЗ. При розрахунках використовували середню добову дозу омепразолу 0,5-0,8 мг/кг 2 рази на день, амоксициліну 25 мг/кг 2 рази на день, колоїдного субцитрату вісмуту 4-8 мг/кг на добу. Розрахунки зроблені для дитини вагою 42 кг (табл. 4.7).

При розрахунках використовували середньооптову ціну за даними прайс-листів оптових постачальників, наведених у «Щотижневику Аптека» за 2014 рік.

Як видно з табл. 4.6, при застосуванні методу «мінімізації витрат» зменшуються витрати в 5,5 разів порівняно з лікування брендовими препаратами. Таким чином, використовуючи даний метод можна обґрунтовано зменшити витрати на лікарське забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт.

За матеріалами розділу опубліковано 7 наукових праць [96, 101-103, 106, 140, 175].

Таблиця 4.7

Результати дослідження за методом «мінімізація витрат» курсу лікування дітей віком 16 років

№	INN препарату	Торгова назва препарату	Виробник	Форма випуску	Витрати на ЛЗ, грн.		Вартість схеми, грн.	
					добова доза	курсдова доза	Мінімізація витрат	Брендові ЛЗ
Омепразол + амоксицилін + колоїдний субцитрат вісмуту 7 днів								
1	Омепразол	Омепразол - Астрафарм	ТОВ «АСТРАФАРМ» м Вишневе, Україна	Капс. 20 мг № 10	0,88	6,16	42,70	232,33
		ГАСЕК™-20	Софарімекс Лтд., Швейцарія	Капс. 20 мг № 14	9,38	65,59		
		ОМЕПРАЗОЛ	ПАТ «Київмедпрепарат» м. Київ, Україна	Капс. 20 мг № 10	1,04	7,28		
		ЛОСІД 20	Фламінго Фармасьютикалс Лтд, Індія	Капс.20 мг № 100	1,72	12,04		
		ОМЕАЛОКС	АТ «Зентіва» Чеська республіка	Капс.20 мг № 14	4,36	30,52		
		ОМЕЗ	Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд Індія	Капс.20 мг № 30	2,92	20,44		
		УЛЬТОП	КРКА, д.д., Ново место, Словенія	Капс.20 мг № 14	8,82	61,74		
2	Амоксицилін	Амоксил	ПАТ «Київмедпрепарат» м Київ, Україна	Табл. 500 мг № 20	2,82	19,74	42,70	232,33
		ОСПАМОКС	Сандоз ГмбХ, Австрія.	Табл. 500 мг № 12	7,72	54,04		
		ОСПАМОКС ДТ	Сандоз ГмбХ, Австрія.	Табл. 500 мг № 12	8,32	58,24		
		ФЛЕМОКСИН СОЛЮТАБ®	Астеллас Фарма Юроп Нідерланди	Табл. 500 мг № 20	9,38	65,66		
3	Препарат вісмуту	Гастро-норм	ПАТ «Галичфарм», ПАТ "Київмедпрепарат"	Табл. 120 мг № 40	2,40	16,80	42,70	232,33
		ДЕ-НОЛ	Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди	Табл. 120 мг № 56	14,44	101,08		

4.4 Висновки до розділу 4

1. Обґрунтовано вибір методів фармакоекономічного аналізу для проведення подальших фармакоекономічних досліджень з метою оптимізації лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт.

2. Дослідження листів призначень відібраних історій хвороб показали, що за досліджуваний період в умовах стаціонару даним хворим було здійснено 1578 призначень за 102 INN у вигляді 165 торгових найменувань із 82 груп за анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією ВООЗ (АТХ).

3. Найбільша кількість призначень припадає на 2 групи ЛЗ «А – Засоби, що впливають на травну систему і метаболізм» (1256 призначень) та на групу «J – Протимікробні засоби для системного застосування» (137 призначень), які забезпечують 79,6 % та 8,7 % з усього асортименту призначень відповідно.

4. За результатами проведеного формального VEN-аналізу фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, на етапі стаціонарного лікування встановлено, що до групи V увійшли 5 INN ЛЗ, до групи E – 37 INN ЛЗ, до групи N – всі інші ЛЗ. Основну питому вагу склали необхідні (E) та другорядні (N) ЛЗ, а саме: 36,3 % і 58,8 % відповідно. Таким чином, співвідношення INN ЛЗ у групах V, E, N у відсотках становило 4,9 : 36,3 : 58,8. Висока частота призначень ЛЗ з групи N може свідчити про тяжкість стану хворих і наявність великої кількості супутніх захворювань.

5. В результаті ABC/VEN-аналізу до групи AV (життєво-необхідних) і групи AE (необхідних) увійшли 12 INN ЛЗ з 11 фармакотерапевтичних груп, які забезпечили 784 призначення (майже 50%) для надання допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару.

6. В результаті проведеного фармакоекономічного дослідження визначено оптимальні моделі лікування ХГ та ХГД у дітей з урахуванням загальних витрат та ефективності фармакотерапії. Оптимальною з точки зору як вартісних, так і клінічних показників, виявилася схема для лікування ХГ та ХГД, асоційованого з Н. рулої, до складу якої увійшли антибактеріальні засоби кларитроміцин та

амоксицилін, препарат вісмуту гастро-норм, а також засіб, що використовується при функціональних розладах травного каналу ріабал.

7. Оптимальною з точки зору вартості та ефективності серед обраних моделей лікування ХГ та ХГД, не асоційованих з пілорічним мікробом, є модель терапії, яка включає препарат вісмуту (гастро-норм), інгібітор протонного насосу (проксиум), міотропний спазмолітик меверин, а також заспокійливий засіб персен.

8. Проведені дослідження за методом «мінімізації витрат» показали, що лікування брендовими препаратми у 5,5 разів дорожче, ніж генериками з такою самою ефективністю.

РОЗДІЛ 5

ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМКІВ ЩОДО РОЗРОБКИ ФОРМУЛЯРНИХ ПЕРЕЛІКІВ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ

Національна лікарська політика всіх розвинутих країн гарантує кожному жителю країни базове лікування не тільки в рамках стаціонару, але і при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги. При децентралізації влади, підвищення рівня самоврядування місцевих громад та впровадженні системи страхового відшкодування за ЛЗ в Україні необхідно детально прорахувати всі можливі ризики і витрати для лікувальних закладів. Рішення, пов'язані з розподілом фінансових ресурсів на систему охорони здоров'я, повинні бути підкріплені інформацією про вартість лікування, ефективність та його безпечність.

5.1 Експертне дослідження ефективності, безпечності та доступності лікарських препаратів для лікування хворих на гастрит і дуоденіт

Поява альтернативних методів терапії, збільшення кількості нових дороговартісних медичних технологій, ЛЗ, підвищення вартості медичних послуг, обмеженість коштів, які виділяються на охорону здоров'я, обумовили зростання інтересу до стандартизації надання медичної і фармацевтичної допомоги хворим та проблем економічної оцінки ефективності лікування хвороб. На українському фармацевтичному ринку зареєстрована велика кількість оригінальних і генеричних ЛЗ з різних фармакотерапевтичних груп для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт, що наближує нашу державу до проблеми, характерної для західних країн, – наявність «надто великої кількості лікарських засобів з подібною лікувальною дією». Це ускладнює вибір найбільш оптимальних препаратів для конкретного хворого [18, 149].

Одним із шляхів підвищення якості фармакотерапії, її оптимізації є пошук найкращого порядку призначень ЛЗ – вибір оптимального ЛЗ з точки зору лікаря й

пацієнта, з метою досягти максимальної ефективності при мінімальному ризику та вартості. Порядок лікарських призначень фармакотерапії у розвинутих країнах Європи, США та Україні значно відрізняється. Зокрема, у Нідерландах лише 62,9% звертань до лікарів закінчується призначенням ЛЗ, в Італії – 94,5%. Із 50-ти ЛЗ, що найчастіше призначаються у Франції, Німеччині, Італії та Великій Британії, спільними ЛЗ є лише 5. На практиці майже у кожного лікаря є певний перелік, офіційний чи ні (тобто список улюблених і найчастіше застосовуваних ЛЗ, який, можливо склався стихійно, а не раціональний і обдуманий). Останнє спостерігається й в Україні. Закордонні науковці вважають, що переконати лікарів змінити свої звички щодо призначень ЛЗ виявляється доволі складно і витратно. На думку Зіменковського А. Б., Ривак Т. Б. [48], найбільш прийнятним для України підходом щодо впливу на порядок лікарських призначень фармакотерапії на шляху до її раціоналізації може слугувати комплексне застосування професійної діяльності клінічного провізора із застосуванням спеціальних фахових методик з адаптацією до міжнародних доказових клінічних рекомендацій та їх дотриманням, і моніторингом цього процесу.

Фармакоеконімічні дослідження вивчають економічну доцільність використання ЛЗ і схем медикаментозної терапії, тісно пов'язані з ефективністю і безпечністю препаратів. Експертна оцінка препаратів та їх економічна складова фармакотерапії дають інформаційне підґрунтя для удосконалення процесу лікування. На основі даних експертів розробляються шляхи оптимізації фармацевтичного забезпечення хворих, у т. ч. формування формулярів ЛЗ лікувальних закладів. Це зумовлено тим, що одним з основних завдань управління лікарської допомогою в ЛПЗ є раціональне призначення ЛЗ з точки зору терапевтичної, економічної ефективності та їх безпеки.

В ході нашого дослідження проведено визначення прихильності лікарів до призначення сучасних препаратів, на основі запропонованої систематизації інформації та анкети для опитування лікарів щодо оцінки ефективності, безпечності, частоти та перспективності застосування препаратів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт та вивчення факторів, що впливають на їх призначення.

Розробку анкети проводили шляхом систематизації інформації з чинних законодавчо затверджених джерел: наказ МОЗ України від 26.05.2010 № 438 «Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей», Державний реєстр лікарських засобів України (станом на 01.09.2011), Державний формуляр лікарських засобів (2011), Довідник лікарських засобів (2011) [29, 30, 35, 114].

Серед різноманітних методів збору інформації в медичній та фармацевтичній практиці опитування є найбільш затребуваним і специфічним. При застосуванні даного методу джерелом первинної інформації виступає працівник охорони здоров'я. В основі метода опитування знаходиться сукупність питань різного роду, що пропонуються респонденту. Його відповіді складають необхідну інформацію. Дослідження думки фахівців проводяться шляхом анкетування – стандартизованої процедури, в якій процес запитання-відповідь суворо регламентований. Засобом для збирання відомостей від респондента використовується анкета – належним чином оформлений список питань з досліджуваної проблематики. Це дозволяє найбільш ретельно виконувати поставлені завдання та дотримуватися плану дослідження.

При проведенні досліджень нами використовувались різні способи анкетування: поштовий (анкети розсилаються поштою), роздатковий (дослідник роздає їх групі респондентів), онлайн (анкета розміщується на web-сайті кафедри). Метод анкетування дозволяє отримувати високий рівень масовості дослідження з найменшими витратами. При цьому зберігається конфіденційність (особа респондента не фіксується, реєструються лише його відповіді), що для багатьох фахівців є важливим питанням. Методологічні основи проведення та подальшого застосування результатів методу експертних оцінок у вітчизняній фармацевтичній науці були закладені провідними науковцями [108, 137, 138].

Дизайн дослідження передбачав проведення двох етапів: дослідного і практичного. Завданням дослідницького етапу була оцінка уявлень лікарів про лікарські препарати на фармацевтичному ринку України. Для об'єктивізації отриманої інформації в окремих випадках використовувався метод інтерв'ювання з реєстрацією відповідей. Для цього нами була розроблена анкета з метою опитування

даних фахівців. Анкета має традиційну структуру: вступ, відомості про ЛПЗ, лікаря-спеціаліста, критерії оцінювання, мінімальний перелік ЛЗ. Лікарям-гастроентерологам пропонується заповнити анкету, надати короткі відомості про ЛПЗ та про себе. Останні дані необхідні для того, щоб визначити компетентність опитуваних за такими критеріями: спеціальність, посада, кваліфікаційна категорія, рік підвищення кваліфікації, наявність наукового ступеня, загальний лікувальний стаж, стаж роботи за фахом.

У наступному блоці анкети сформовані переліки зареєстрованих в Україні препаратів, в основу яких покладені дані Протоколів лікування хронічного гастриту у дітей, Протоколів лікування хронічного гастродуоденіту у дітей [114], а також Державного реєстру лікарських засобів (станом на 01.09.2011) [29], Державного формуляру лікарських засобів (2011) [30] та Довідника лікарських засобів (2011) [35]. Враховуючи те, що рекомендації по призначенню лікарських засобів в Протоколах визначені нечітко, в анкеті дещо збільшено асортиментні позиції препаратів з врахуванням досвіду експерта.

Оцінювані препарати представлені за групами АТХ-класифікації та виробниками в табл. 5.1 і 5.2.

Таблиця 5.1

Структура переліку лікарських препаратів, що застосовуються для лікування в стаціонарних та амбулаторних умовах дітей, хворих на хронічний гіперацидний гастрит, асоційований з *Helicobacter pylori*, в період загострення

Міжнародна непатентована назва	АТХ-код	Кількість виробників:	
		вітчизняних	іноземних
1	2	3	4
Антибактеріальні засоби, що застосовуються для ерадикації <i>Helicobacter pylori</i>			
<i>Пеніциліни широкого спектру дії (J01CA)</i>			
Амоксицилін	J01CA04	3	9
<i>Макроліди (J01FA)</i>			
Рокситроміцин	J01FA06	0	1
Кларитроміцин	J01FA09	4	12
Азитроміцин	J01FA10	2	17
<i>Інші протимікробні та антисептичні засоби (G01AX)</i>			
Фуразолідон	G01AX06	2	0

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4
Засоби, які посилюють захист слизової та поліпшують регенерацію			
<i>Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань (A02BX)</i>			
Альгінова кислота	A02BX13	0	1
Вісмуту субцитрат колоїдний	A02BX05	1	1
Пірензепін	A02BX03	1	0
Сукральфат	A02BX02	1	1
<i>Інші ентеросорбенти (A07BC)</i>			
Смектит діоктаедричний	A07BC05	1	1
<i>Антагоністи H₂-рецепторів (A02BA)</i>			
Ранітидин	A02BA02	3	5
Фамотидин + Кальцію карбонат + Магнію гідроксид	A02BA03	0	1
<i>Інгібітори «протонного насоса» (A02BC)</i>			
Омепразол	A02BC01	3	11
Пантопризол	A02BC02	1	5
<i>Антациди (A02A)</i>			
<i>Сполуки алюмінію (A02AB)</i>			
Алюмінію фосфат	A02AB03	0	1
<i>Комбіновані препарати та комплексні сполуки алюмінію, кальцію і магнію (A02AD)</i>			
Алюмінію гідроксид + Магнію гідроксид	A02AD01	0	3
Гідротальцит	A02AD04	0	1
<i>Прокінетики або стимулятори перистальтики (A03FA)</i>			
Домперидон	A03FA03	6	11
Ітоприду гідрохлорид	A03FA	0	1
Метоклопрамід	A03FA01	1	1
<i>Спазмолітичні засоби</i>			
<i>Алкалоїди беладони (A03BA)</i>			
Атропін	A03BA01	3	0
<i>Напівсинтетичні алкалоїди беладони (A03BB)</i>			
Гіосцин бутилбромід	A03BB01	0	2
<i>Папаверин та його похідні (A03AD)</i>			
Папаверин та його похідні	A03AD01	4	2
Дротаверин	A03AD02	6	5
<i>Синтетичні антихолінергічні засоби (A03AB)</i>			
Прифінію бромід	A03AB 18	0	1

Розподіл препаратів здійснено в залежності від кислотопродукції шлунку та присутності Н. рулогі в організмі хворого.

Таблиця 5.2

Структура переліку лікарських препаратів, що застосовуються для лікування в стаціонарних та амбулаторних умовах дітей, хворих на хронічний гіпоацидний гастрит в період загострення

Міжнародна непатентована назва	АТХ-код	Кількість виробників:	
		вітчизняних	іноземних
<i>Стимулятори шлункової секреції</i>			
<i>Препарати, що містять пепсин та кислоту (A09AC)</i>			
Ацидин + Пепсин	A09AC01	0	1
<i>Препарати для лікування кислотозалежних захворювань (A02X)</i>			
Подорожник великий	A02X	1	0
<i>Засоби, що підвищують апетит (A15)</i>			
Подорожника сік		1	0
<i>Засоби, які посилюють захист слизової та поліпшують регенерацію</i>			
<i>Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань (A02BX)</i>			
Альгінова кислота	A02BX13	0	1
Вісмуту субцитрат колоїдний	A02BX05	1	1
Пірензепін	A02BX03	1	0
Сукральфат	A02BX02	1	1
<i>Інші ентеросорбенти (A07BC)</i>			
Смектит діоктаедричний	A07BC05	1	1

Опитування було проведено в південному регіоні України на базі дитячих ЛПЗ Одеської, Миколаївської та Херсонської областей з амбулаторною формою надання лікарської допомоги та в умовах стаціонару.

В опитуванні брали участь кваліфіковані лікарі-педіатри, дитячі гастроентерологи та сімейні лікарі, більшість з яких за останні 5 років проходила курси підвищення кваліфікації або планувала це зробити в поточному році. Основна частина експертів мала вищу категорію (59 %) та стаж роботи за фахом більше 11 років (85 %). Відбір анкет здійснювався в три етапи, в процесі якого були відбраковані анкети, заповнені з помилками, неякісно та фахівців з низьким коефіцієнтом компетентності.

Експертне оцінювання лікарських препаратів, що застосовуються для лікування гастриту та дуоденіту в стаціонарних та амбулаторних умовах, здійснювалось від 0 до 4 балів та за наведеними критеріями:

- ефективність;

- безпечність препарату (частота виникнення побічних дій);
- перспективність застосування препарату;
- частота призначення препарату в лікувальному закладі.

В результаті проведених анкетувань визначено фактичне ставлення лікарів-гастроентерологів до ефективності і безпечності досліджуваних груп препаратів вітчизняних та зарубіжних виробників, що зареєстровані в Україні. Так, високоефективний, безпечний, перспективний та найчастіше призначуваний препарат отримувал по 4 бали за кожен з цих характеристик. Відповідно по 3 бали присвоювали препарату ефективному, майже безпечному, часто призначуваному, перспективному; по 2 бали – малоефективному, з великою кількістю побічних дій, призначуваному в окремих випадках, малоперспективному; по 1 балу – практично неефективному, з дуже великою кількістю побічних дій, не призначуваному, неперспективному. 0 балів респонденти поставили препаратам, які не використовують в своїй лікувальній практиці та не можуть їх оцінити.

Всі дані з відібраних анкет були перенесені до комп'ютеру для подальшої обробки за допомогою прикладних програм Microsoft Excel 14.0 (Office 2011).

Для інтерпретації результатів з кожного препарату розраховували його середньозважену бальну оцінку за формулою (5.1) з урахуванням компетентності експертів [79]:

$$O_{(s)} = \frac{\sum_{i=1}^n O_{i(s)} \alpha_i}{\sum_{i=1}^n \alpha_i} \quad (5.1)$$

де $O_{(s)}$ – середньозважена бальна оцінка препарату;

s – окремий препарат;

$O_{i(s)}$ – бальна оцінка, яку дав кожний експерт;

n – кількість експертів, що приймають участь в експерименті;

α – компетентність експертів.

В табл. 5.3 представлені відібрані отримані найбільш високі середньозважені оцінки ЛЗ для фармакотерапії хворих на гастрит і дуоденіт.

Середньозважені оцінки препаратів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт

Фармако- терапевтична група ЛЗ, код АТХ	Лікарський препарат	Бальні оцінки, середні значення				
		Ефектив- ність	Безпеч- ність	Частота застосування	Перспекти- вність	Середні й бал
Омепразол А02ВС01	ОМЕПРАЗОЛ капс. 0,02 №10, №30	3,42	3,46	3,29	3,31	3,37
Папаверин та його похідні А03АD01	ПАПАВЕРИНУ ГІДРОХЛОРИД* Розчин д/ін, 2% по 2 мл в амп. № 10	3,67	3,38	3,39	3,33	3,44
	ПАПАВЕРИН Супозиторії ректальні по 20 мг № 5х2	2,65	2,49	2,51	2,49	2,54
Діосмектит А07ВС05	СМЕКТА порошок для пригот. суспензії для пероральн. застос. по 3 г у пакетиках № 10, №30	3,60	3,50	3,33	3,26	3,42
Прифінію бромід А03АВ18	РІАБАЛІ сироп 7,5 мг/5 мл 60 мл №1	3,38	3,28	3,10	3,27	3,26
Алюмінію фосфат А02АВ03	ФОСФАЛЮГЕЛЬ гель 20,0 №20	3,54	3,52	2,73	3,08	3,22
Азитроміцин 01FА10	АЗИТРОМІЦИН капс. 0,125, 0,25 №6; табл. 0,25 №6;	3,32	3,31	3,08	3,07	3,20
	СУМАМЕД Порошок по 400 мг для пригот. 20 мл (100 мг/5 мл) сусп. для пероральн. застос. у фл. № 1	3,12	2,96	2,92	2,96	2,99
Ранітидин А02ВА02	РАНІТИДИН табл.,вкр. обол. 0,15 №10; №10*10; №10*2	3,25	3,25	2,81	2,98	3,07
Вісмуту субцитрат колоїдний А02ВХ05	ДЕ-НОЛ табл. 0,12 №112; №56	3,51	3,34	2,96	2,99	3,20
	ВІС-НОЛ капс. 0,12 №10*10; №10*3	2,95	2,88	2,68	2,70	2,80
Метоклопрамід А03FА01	МЕТОКЛОПРАМІД табл. 0,01 №10, №20, №50	3,25	3,11	2,65	2,88	2,97
Домперидон А03FА03	МОТИЛУМ табл. 0,01 №10; №30	3,42	3,40	3,16	3,28	3,32
	МОТОРИКС табл., в/о плівковою, 10 мг № 10, №30	2,99	2,83	2,68	2,72	2,81
Амоксицилін J01СА04	ФЛЕМОКСИН СОЛЮТАБ табл. 0,125 №20 (5*4); табл. 0,25 №20 (5*4); табл. 0,5 №20 (5*4)	2,96	2,80	2,74	2,67	2,79
	АМОКСИЦИЛІН капс. 0,25; 0,5 №16; №20	2,82	2,67	2,55	2,41	2,61
Кларитроміцин J01FА09	КЛАРИТРОМІЦИН табл. 0,25 №10	3,07	2,86	2,82	2,94	2,92
Алюмінію гідроксид + магнію гідроксид А02АD01	АЛМАГЕЛЬ, суспензія 170 мл фл.	3,16	3,13	2,42	2,52	2,81
Дротаверин А03АD02	ДРОТАВЕРИН табл. 0,04 №10; №20, №30	3,13	3,01	2,16	2,92	2,81
	НО-ШПА табл. 0,04 №100; №20; №60	3,06	2,95	2,91	2,80	2,93
Фуразолідон G01АХ06	ФУРАЗОЛІДОН табл. 0,05 №10; №20; №100; №200	2,78	2,63	2,44	2,18	2,51
Пантопразол А02ВС02	ЗОЛОПЕНТ табл. 0,04 №14; №30	2,31	2,29	2,15	1,93	2,17

За допомогою анкетування вивчені фактори, що впливають на призначення ними препаратів для лікування гастриту та дуоденіту в стаціонарних та амбулаторних умовах шляхом пропонування лікарям відмітити необхідне. Так, більшість респондентів в першу чергу враховують у своїй практичній діяльності ефективність препаратів, схеми лікування та стадію захворювання 94,3 %, 85,2% та 84,1% відповідно (рис. 5.1).

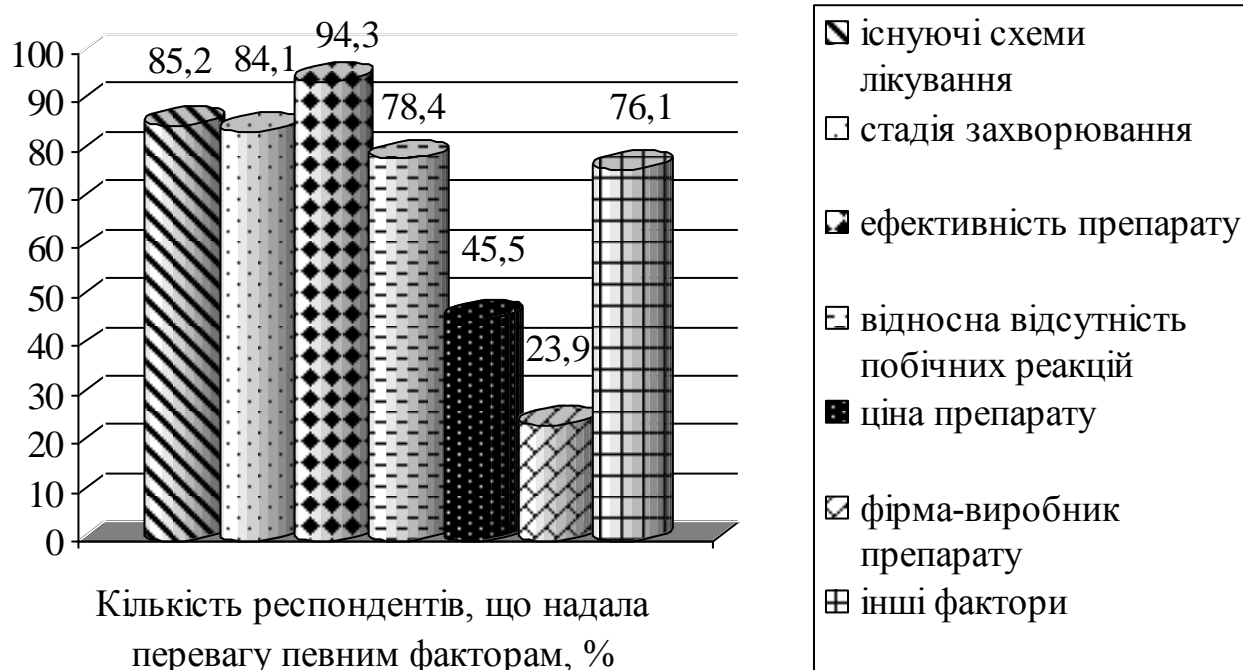


Рис. 5.1 Результати вивчення факторів, що впливають на призначення ЛЗ

Серед джерел отримання інформації лідируючі позиції зайняли власний досвід (92%), дані доказової медицини (76,1%), інформація, отримана на конференціях, симпозіумах тощо (73,9 %). Понад 19,3% фахівців відмітили інші фактори, але жоден з них не вказав, які саме (рис. 5.2). Кожний респондент вказував мінімум три джерела отримання інформації. Надання переваги вказаним джерелам вказує на сучасний всебічний розвиток лікарів, прагнення до постійного вдосконалення своєї професійної діяльності.

Вивчення цього аспекту є важливим для здійснення впливу на призначення лікарських засобів з метою раціоналізації фармакотерапії.

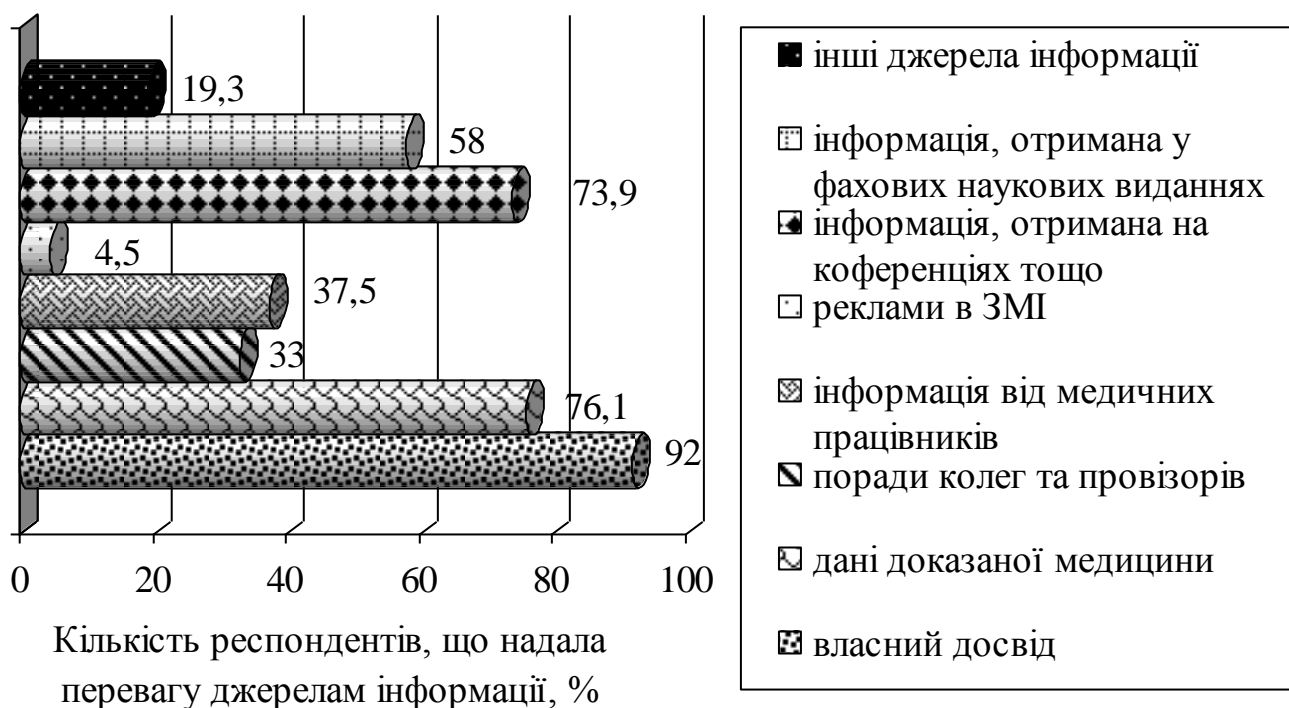


Рис. 5.2 Результати вивчення отримання джерел інформації експертами,%

При виборі виробника ЛЗ 76,1% респондентів призначають в рівній мірі вітчизняні та імпорتنі ЛЗ, а вітчизняним та імпортним надають перевагу лише 3,4% та 20,5% відповідно.

5.2 Розробка комп'ютерної автоматизованої системи створення формулярного переліку лікарських засобів та її економічна ефективність

Нераціональне використання ЛЗ залишається широко поширеною проблемою в галузі охорони здоров'я всього світу. Однією з причин нераціонального використання ЛЗ є збільшення їх асортименту, що причиною різних ускладнень. При цьому, за оцінками фахівців, 70% нових ЛЗ не мають терапевтичних переваг порівняно з існуючими препаратами. Інформаційне забезпечення, яке надходить від виробників не завжди буває об'єктивним і містить неповні дані про побічні ефекти, протипоказання і взаємодію з іншими ЛЗ. Рішенням даної задачі є складання формулярного списку ЛЗ на базі

фармакоекономічного менеджменту, що є тривалим і трудомістким процесом. Проблемними є високі витрати часу, пов'язані з розрахунком взаємопов'язаних показників по великій номенклатурі ЛЗ, складності отримання необхідної інформації, достовірність результатів статистичного аналізу, трудомісткість розрахунків і т.д. Така ситуація не дозволяє більшості закладів охорони здоров'я розробити власні лікарські формуляри, здійснюючи щорічні перегляди.

Важливим фактором фармацевтичного забезпечення є розробка системи розповсюдження і тлумачення інформації про ЛЗ до працівників медицини і фармації. Доведення базових знань про ЛЗ до простого населення дозволяє чинити опір агресивній рекламі, боротися з надмірним самолікуванням. Вважається, що ризик помилок у призначенні ЛЗ можна значно знизити завдяки впровадженню системного автоматизованого контролю призначень та відпуску ЛЗ [48].

В Україні виконуються рекомендації ВООЗ «Фокус на пацієнта» шляхом реалізації Концепції розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 рр. (наказ МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р.). В рамках цього проекту забезпечення фармацевтичних закладів (виробників, аптек, оптових фірм), науково-педагогічних фахівців, працівників медицини і фармації, звичайних споживачів необхідною інформацією (обґрунтованою, доказовою, достовірною, об'єктивною, своєчасною, повною, доступною) для підвищення якості лікарського обслуговування населення є одним із пріоритетних її завдань побудова єдиного фармацевтичного інформаційного поля у фармацевтичній галузі [113]. Першочерговим напрямком оголошено забезпечення фармацевтичними інформаційними ресурсами, обґрунтування створення та функціонування профільних комп'ютерних баз даних про ЛЗ, експертних систем тощо [17, 18, 43].

Теоретичною основою процесів інформатизації у фармації є фармацевтична інформатика, яка використовує загальну методологію інформатики, власні методи обробки інформації про ЛЗ у нерозривному поєднанні з медичною інформатикою на основі сучасної комп'ютерної техніки та

всесвітньої мережі Інтернет. Пріоритетним об'єктом фармацевтичної інформатики є інформація про ЛЗ, а предметом – відповідний процес інформування (збір, обробка, зберігання і розповсюдження інформації), а також фармацевтичні наукові комунікації [18, 46]. Складовою частиною фармацевтичної інформатики є Інтернет-фармація, завданням якої є вивчення і оптимізація всіх бізнес-процесів та інформаційних потоків фармацевтичного напрямку у всесвітній мережі Інтернет [61, 62]. Інтернет як носій фармацевтичної інформації, має достатню кількість переваг:

- доступність технології для більшості населення – кількість користувачів глобальної мережі має тенденцію до постійного зростання;
- доступність технології в режимі 24/7 – 24 години на добу, 7 днів на тиждень, що дозволяє завжди вчасно поновлювати необхідну інформацію;
- можливість простого і розширеного пошуку інформації та висока швидкість її обробки (менше, ніж 1 секунда);
- надійність технології;
- простота управління (оновлення і ведення) БД;
- зручна навігація.

Значний вклад у розвиток фармацевтичної інформатики внесли професор Б. Л. Парновський та його наукова школа, якими запропоновано досліджувати доступність ЛЗ за допомогою електронних баз даних ЛЗ [18, 46].

Для реалізації фармацевтичної інформації створюються структуровані БД ЛЗ, що представляють собою частину інформаційної системи. Їх головне призначення – одноразове введення необхідної інформації, можливість редагування, оновлення та полегшення її обробки за допомогою різних прикладних програм.

У фармацевтичній інформатиці опрацьовані БД для лікарських засобів в гастроентерології на прикладі гастрозофагеальної рефлюксної хвороби у дорослих, ендокринології, оториноларингології, пульмонології, урології, гомеопатичних ЛЗ, ЛЗ рослинного походження, аналізу стану фармацевтичних

кадрів та ін. Але відсутнє інформаційне забезпечення про ЛЗ для лікування дітей з гастритом і дуоденітом. Автоматизація фармакоекономічного аналізу, яку здійснюють зарубіжні та вітчизняні вчені (О. М. Заліська, Р. Л. Притула, Н. В. Пастухов, Р. І. Ягудіна, Е. Н. Якушева та ін.) дозволяє значно оптимізувати процедуру оцінки лікарської терапії. Таким чином, використовуючи досвід досліджень провідних науковців України та інших країн, необхідно розробити комп'ютерну автоматизовану систему фармакоекономічного аналізу, а також створення формулярного переліку ЛЗ для даної категорії хворих, яка буде економічно ефективною і дозволить оптимізувати роботу лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) усіх рівнів, організувати більш тісну взаємодію медичних працівників і фармацевтів (провізорів). Створення незалежної державної системи інформування про найбільш часто вживані ЛЗ сприяє раціональному їх використанню та збереженню здоров'я населення.

При створенні БД про ЛЗ враховані результати фармакоекономічного аналізу, структуризація ЛЗ за INN, торговою назвою, інформація про побічні реакції і взаємодії з іншими препаратами. Тому доцільно надати рекомендації до проектування бази даних про ЛЗ (БД ЛЗ) для оптимізації використання ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт (рис 5.3).

БД ЛЗ «Дитяча гастроентерологія. Гастрит і дуоденіт» створюється з метою зручного використання, розширення професійних знань фахівців, раціоналізації фармакотерапії.

Система управління БД ЛЗ відповідає правилам акроніма ACID, характеристика якого представлена нижче [154]:

- atomicity (атомарність): якщо транзакцію (запит) не вдається повністю завершити, результати всіх зроблених дій до того повинні бути скасовані й система вертається у вихідний стан;
- consistency (несуперечність): після закінчення транзакція залишає дані в несуперечливому стані;
- isolation (ізоляція): під час виконання запиту інші процеси не повинні бачити дані в проміжному стані;

– durability (довговічність): незалежно від проблем, що можуть виникнути в процесі роботи (наприклад, знеструмлення пристрою, збої в устаткуванні тощо), зміни, зроблені успішно завершеним запитом, залишаються збереженими після поновлення роботи системи.

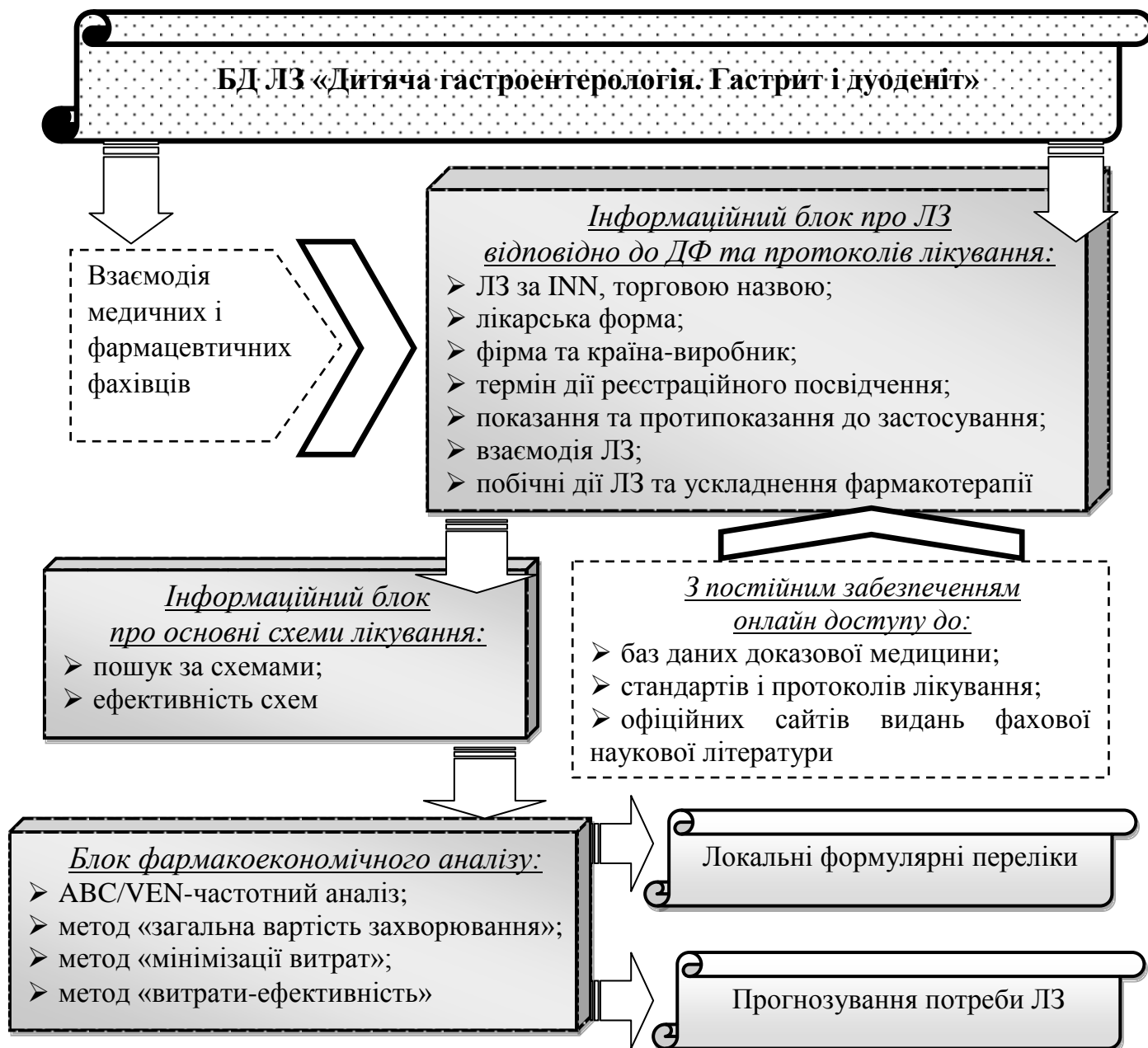


Рис. 5.3 Моделювання БД ЛЗ «Дитяча гастроентерологія. Гастрит і дуоденіт»

Препарато-орієнтована модель БД інформації про ЛЗ має базовою сторінкою картку лікарського засобу, на якій містяться короткі класичні реєстраційні відомості. На цій же сторінці присутнє фото препарату та посилання на сторінку з даними про зареєстровані в Україні препарати-синоніми і на інструкцію для медичного застосування препарату. Записи в БД для сторінки інструкції характеризуються ширшою інформацією і також представляють класичні рядки фармацевтичних БД. Крім того, на базовій сторінці лікарського засобу введено посилання на нові параметри для фармацевтичних інформаційних БД, а саме:

- маркетингові характеристики лікарських засобів (форма випуску, ціна, а також порівняння з аналогами) – через введення програмного комплексу «моніторинг роздрібних цін на лікарські засоби»;

- розширені відомості про лікарську взаємодію, несумісність та взаємодію з продуктами харчування;

- дані доказової медицини про ефективність / безпечність даного препарату або фармакотерапевтичної групи, до якої він належить;

- аналітична інформація про фармакотерапевтичну групу препарату.

Відповідно до світової практики інформація в БД характеризується дворівневою архітектурою: перший рівень – професійна інформація, призначена для спеціалістів, другий – інформація для пацієнтів.

Основними критеріями оцінки лікувального процесу є ефективність і безпека. Також важливий економічний аспект лікування, особливо зараз, в умовах постійного зростання вартості фармацевтичної допомоги. Лікарю і хворому важливо знати наскільки виправдані витрати на лікування, в тому числі і на медикаментозну терапію, знати на скільки можна порівняти витрати на використання якого-небудь препарату, особливо нового або цілого курсу лікування з отриманим ефектом.

Дана область досліджень досить динамічна, постійно розширюється асортимент ЛЗ, з'являються нові підходи і методи, а також існують відмінності

щодо підходів до клініко-економічних досліджень захворювань з різною супутньою патологією. Виходячи з цього, однією із складових БД є програмне забезпечення електронних версій новітніх методик оцінки лікування за методами (види фармакоекономічної оцінки):

- «вартість хвороби» (COI – cost of illness);
- «мінімізація витрат» (CMA – cost-minimization analysis);
- «витрати-ефективність» (CEA – cost-effectiveness analysis).

Використовуючи інформаційно-комп'ютерні технології та різні методи фармакоекономічного аналізу, можливо здійснювати моніторинг призначеної терапії на базі ЛПУ, а також прогнозувати потребу в препаратах досліджуваних фармакологічних груп.

Робота модуля здійснюється за допомогою програми Microsoft Excel 14.0 (Office 2011), мова програмування – Visual Basic for Applications.

Розроблена комп'ютерна технологія передбачає вибір препаратів, наявних у базі даних наступних АТХ-груп: A02AB03, A02AD01, A02AD04, A02BA02, A02BA03, A02BC01, A02BC02, A02BX05, G01AX06, J01CA04, J01FA06, J01FA09, J01FA10 та ін.

При створенні БД ЛЗ використовували такі характеристики: торговельна та INN назви, форма випуску, фірма-виробник, країна виробника, інструкція із застосування, реєстраційний номер, дата реєстрації та закінчення терміну реєстрації (рис. 5.4).

В іншому діалоговому вікні програмного продукту необхідно лише вибрати препарати згідно схеми лікування для даного хворого, ввести тривалість лікування, показник ефективності, а також можна самостійно змінювати вартість ЛЗ. Після введення даних проводяться розрахунки за кожною схемою. Автоматично, підставляючи раніше знайдену прогнозовану ефективність лікування за певною схемою, за допомогою розробленого комп'ютерного модуля, розраховують показник «витрати-ефективність», а також можна прорахувати методи «вартість хвороби» і «мінімізація витрат». У сукупності дані фактори визначають витрати на проведену терапію.

INN	Торгова назва	Фірма-виробник	Країна-виробник	Лікарська форма	№ РІ	Термін дії з/по	Показання для застосування	Протипоказання	Взаємодія з іншими лікарськими засобами	Побіч
	Торгова назва	Астеллас Фарма Юроп Б.В.,	Нідерланди	Таблетки	UA/4355/01 /01	28.10.2013 28.10.2018	Виразкова хвороба шлунка і дванадцяти палоч кишки, гастрит, у тому числі спричинені Helicobacter pylori (у складі схемпротихелікобактерної терапії); хронічний гастрит і гастро дуоденіт у фазі загострення, в тому числі спричинений Helicobacter pylori; функціональна диспепсія, не пов'язана з органічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту; ерозивно-виразкові ураження слизової оболонки шлунка та дванадцяти палоч кишки.	Виражене порушення функції нирок.	Зменшує всмоктування тетрациклінів; одночасне застосування препаратів, що містять висмут (вікалір, вікаір, ротер), підвищує ризик надмірного збільшення концентрації висмуту в крові.	Рідко нудота блювота часте випорожнення, алергічні реакції (шкірні висип, свербіж)

Рис. 5.4 Фрагмент БД ЛЗ «Дитяча гастроентерологія. Гастрит і дуоденіт» (пошук за торговою назвою)

5.3 Формулярний перелік лікарських засобів для хворих на гастрит і дуоденіт

Велика частина лікарських засобів на сучасному фармацевтичному ринку є відтвореними (генеричними) препаратами. Згідно з даними роздрібною аудиту (TMS Health і DSM Group), частка генериків в даний час складає від 77 до 88% в натуральному вираженні, при цьому згідно з прогнозами ця частка буде неухильно зростати.

Оригінальний (інноваційний) ЛЗ – це вперше зареєстрований та захищений патентом на термін до 20 років ЛЗ, що має повну документацію з ефективності, безпеки та якості при його застосуванні. Генеричні лікарські препарати

виводяться на ринок після закінчення терміну патентного захисту, вони повинні повністю відповідати оригіналу продукту за складом активних фармацевтичних інгредієнтів (допоміжні речовини можуть бути іншими) і лікарської форми, відповідати вимогам стандартів, бути виробленими за умов GMP. Незважаючи на це, ефективність і безпека генеричних препаратів може істотно відрізнятися при фармацевтичній еквівалентності – відповідності складу і лікарської форми (ЛФ). Для деяких ЛФ фармацевтична еквівалентність забезпечуватиме терапевтичну еквівалентність і, відповідно, взаємозамінність двох препаратів [112].

Наявність формулярів ЛЗ у закладах охорони здоров'я позитивно впливає на якість призначення препаратів, при умові постійного перегляду цих переліків. Більшість лікарів фактично користується власними формулярами, тобто, асортиментом ЛЗ, які вони постійно застосовують своїй практичній діяльності.

Формуляри ЛЗ є досить ефективним засобом зменшення витрат медичного закладу на ФТ. Їх впровадження призводить до частішого призначення дешевших генеричних ЛЗ і обмежує використання дороговартісних брендів. При необхідності зміни ЛЗ лікар потребує перш за все фахової доказової інформації стосовно ЛЗ (фармацевтичної опіки). Надання коректної інформації про ЛЗ та погоджених рекомендацій щодо внесення змін у призначення може змінити певне ставлення лікарів до вибору ФТ, зокрема в бік її раціональності. Отож, в закладах охорони здоров'я більшості розвинутих країн рекомендується систематично здійснювати контроль за якістю та раціональністю призначення ліків, зокрема за принципом ФЕА «вартість-ефективність».

Проблема впровадження формулярної системи (ФС) як одного із важливих механізмів державного регулювання якості й доступності наданої населенню фармацевтичної допомоги (послуги) розглядались вітчизняними вченими протягом останнього десятиріччя з організаційно-економічної, фармакоеконімічної, нормативно-правової точок зору. Результати чисельних теоретико-прикладних досліджень та позитивний світовий досвід функціонування

ФС у європейських країнах дають змогу стверджувати про необхідність перегляду структури формулярних статей у діючому формулярі ЛЗ [48, 65, 110, 121].

ФС як інтеграційна структура характеризується з різних позицій залежно від задач теоретико-прикладних досліджень та користувачів одержаних результатів досліджень. Так, її можна розглядати як інформаційно-методологічну доктрину, метою реалізації якої є формування соціально орієнтованої моделі охорони здоров'я в умовах обмеженості ринкових ресурсів галузі, зростаючих потреб населення у підвищенні рівня якості наданої медичної й фармацевтичної допомоги (послуги). З позиції менеджменту в охороні здоров'я її можна визначити як комплекс управлінських заходів, які забезпечують застосування раціональних, тобто організаційно та економічно обумовлених методів постачання, використання та контролю за споживанням ЛЗ з метою забезпечення відповідного рівня надання медичної й фармацевтичної допомоги (послуги) за умов існуючого ресурсного забезпечення. Наразі наступне визначення ФС пов'язане саме з організацією ефективного фармацевтичного забезпечення населення. ФС є однією із складових системи державного регулювання якості й доступності наданої населенню медичної й фармацевтичної допомоги (послуги) з метою раціоналізації використання обмежених ресурсів забезпечення охорони здоров'я й фармації [48, 65, 121].

Тому продовженням наших досліджень стала розробка моделі формуляру ЛЗ, що містить у систематизованому вигляді законодавчо-нормативні, медичні, організаційно-економічні та маркетингові характеристики препаратів, що, в свою чергу, дозволить значно розширити спектр користувачів даної інформації та буде сприяти підвищенню ефективності її застосування.

Затвердження Державного формуляру (ДФ) ЛЗ України та постійний його перегляд (перше видання – 2009 р., сьоме – 2015 р.), наказу МОЗ від 22.07.2009 р. № 529 є вагомими кроками до створення формулярної системи у нашій державі.

Нами були проаналізовані розділ 3 ДФ ЛЗ України «Гастроентерологія. Лікарські засоби» (2009-2015) [30], що включає ЛЗ для гастроентерологічних захворювань згідно з стандартами лікування на предмет вмісту ЛЗ для

симптоматичного і патогенетичного лікування гастриту і дуоденіту, а також розділ 17 Форуму «Протимікробні та антигельмінтні засоби», що включає антибактеріальні ЛЗ для проведення ерадикаційної терапії *H. pylori*. Порівняльний аналіз показав, що перший випуск (2009) включав до свого складу 37 ЛЗ, з другого (2010) були виключені комбіновані фітопрепарати (тирлич жовтий + золототисячник + ромашка лікарська + кмин звичайний; перстач гусячий + квітки ромашки лікарської + корінь солодки + корінь дягелю + трава кардобенедикта + трава полину гіркокого + трава звіробою звичайного), кальцію карбонат + магнію карбонат, альгінова кислота та фамотидин + кальцію карбонат + магнію гідроксид. Другий і третій (2011) випуски ДФЛЗУ не відрізняються між собою за групою досліджуваних ЛЗ і включають по 36 препаратів. Четвертий випуск (2012) залишився без змін у досліджуваних розділах. З п'ятого випуску (2013) вилучено гідротальцит, з сьомого (2015) – пірензепін та комбіновані препарати: омепразол + амоксицилін + кларитроміцин, рабепразол + орнідазол + кларитроміцин, пантопразол + амоксицилін + кларитроміцин. В ДФ наголошено на наданні переваги включення до переліку монопрепаратів.

Існує Уніфікована «Методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів з медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини», що була представлена у МОЗ України (лютий 2009 р.). При виборі фармакотерапевтичної групи і внесення ЛЗ у протокол встановлені наступні критерії: наявність реєстрації ЛЗ в Україні; включення ЛЗ до складу Національного переліку основних (життєво необхідних) ЛЗ; терапевтична еквівалентність (близькість отриманих терапевтичних ефектів при застосуванні близьких за лікувальною дією ЛЗ, що не є аналогами); фармакоеконічна оцінка (вартість-ефективність або інша оцінка, що розраховується за допомогою одного із методів фармакоеконічного аналізу) ЛЗ, представлених у ДФ за умов обов'язкового медичного страхування (ОМС) визначають склад страхових переліків ЛЗ, за якими повинна здійснюватись реімбурсація вартості препаратів, що споживаються.

Запропоновані методичні підходи до оптимізації управлінських процесів при наданні лікарської допомоги хворим дітям на гастрит і дуоденіт представлені у вигляді схеми (рис 5.4).



Рис. 5.4 Оптимізація лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт

Оптимізація лікарського забезпечення дітей необхідна на основі формулярних переліків з урахуванням рекомендацій ВООЗ. У 2007 році ВООЗ затвердила перший Зразковий перелік основних лікарських засобів для дітей з вказанням дитячих лікарських форм [65, 186].

У відповідності до наказу МОЗ України № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» від 22.07.2009 р. [121] локальний формуляр – це перелік ЛЗ з найбільшою доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я (ЗОЗ). Він затверджується керівником ЗОЗ за погодженням з МОЗ України, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Призначення хворим препаратів, яких немає в переліку локального формуляру, виконується з дотриманням чинного законодавства.

При розробці Локального формуляра нами дотримано встановлені вимоги [121]: врахований склад ДФ ЛЗ, протоколів надання медичної допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт.

Перелік складається лише з INN за фармакотерапевтичними групами, включеними у ДФ ЛЗ, має алфавітний покажчик ЛЗ за INN з відповідними торговими назвами препаратів вітчизняного і зарубіжного виробництва.

На основі отриманих результатів проведеного багатоетапного вивчення асортименту ЛЗ, нормативно-вартісного аналізу доведено можливість автоматизації фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт. Це забезпечує оперативне проведення фармакоекономічного аналізу, дозволяє оцінювати раціональність призначуваної лікарської терапії на базі централізованого спеціалізованого ЛПУ або як дистанційних консультацій для центральних районних лікарень регіону.

Таблиця 5.4

**Кількісний склад відібраних лікарських препаратів
для створення локального формуляру**

№	Група лікарських засобів		INN	АТХ-код	Лікарська форма
1	Ерадикаційна терапія	Антибактеріальні лікарські засоби	Амоксицилін	J01CA04	пероральні
2			Кларитроміцин	J01FA09	пероральні
3			Фуразолідон	G01AX06	пероральні
4		Антисекреторні засоби	Омепразол	A02BC01	пероральні
5			Пантопразол	A02BC02	пероральні
6			Фамотидин	A02BA03	пероральні
7		Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань	Вісмуту субцитрат колоїдний	A02BX05	пероральні
8	Антацидні засоби		Алюмінію гідроксид + Магнію гідроксид	A02AD01	пероральні
9			Алюмінію фосфат	A02AB03	пероральні
10	Спазмолітичні засоби		Папаверин та його похідні	A03AD01	ін'єкційні, пероральні
11			Дротаверин	A03AD02	пероральні
12			Прифінію бромід	A03AB18	пероральні
13	Стимулятори моторики ШКТ		Метоклопрамід	A03FA01	пероральні
14			Домперидон	A03FA03	пероральні
15	Цитопротектори і репаранти		Діосмектит	A07BC05	пероральні

За результатами проведеного комплексного дослідження фармацевтичного забезпечення лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, а також за даними експертної оцінки ЛЗ було визначено рекомендований перелік груп препаратів з 15 INN ЛЗ (табл. 5.4) для користування в процесі розробки локального формулярного переліку фармакотерапії досліджуваної патології з метою економії фінансових ресурсів, зокрема державних медичних закладів, страхових компаній та інших замовників медичної допомоги.

За матеріалами розділу опубліковано 8 наукових праць [8, 78, 85, 86, 99, 100, 104, 107].

5.4 Висновки до розділу 5

1. Розроблена анкета для опитування лікарів щодо оцінки ефективності і безпечності препаратів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт та вивчені фактори, що впливають на їх призначення, дозволили провести анкетування фахівців.

2. Запропоновано методику анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт, на яку отримано Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 50150 від 11.07.2013 р.

3. Проведено дослідження асортименту ЛЗ для забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт в амбулаторних та стаціонарних умовах за допомогою методу експертних оцінок шляхом анкетування 36 лікарів з подальшою комп'ютерною обробкою результатів. Встановлено оптимізований перелік препаратів для створення локального формуляру ЛЗ.

3. На основі проведення комплексного вивчення асортименту лікарських засобів, нормативно-вартісного аналізу отримані результати досліджень доводять можливість автоматизації лікарського забезпечення дітей з гастритом і дуоденітом.

4. Надані рекомендації до проектування БД ЛЗ для оптимізації використання ЛЗ для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт. Запропонований програмний продукт, що забезпечує оперативне проведення фармакоеконічного аналізу, дозволяє оцінювати раціональність призначається лікарської терапії на базі централізованого спеціалізованого ЛПУ або як дистанційних консультацій для центральних районних лікарень регіону.

5. Запропоновані методичні підходи до оптимізації управлінських процесів при наданні лікарської допомоги хворим дітям на гастрит і дуоденіт.

6. Сформовано науково обґрунтовані методичні рекомендації з оцінки економічних витрат щодо включення ЛЗ в локальні формуляри ЛЗ ЛПУ для надання допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт в стадії загострення, в

умовах спеціалізованих стаціонарів з урахуванням особливостей перебігу досліджуваного захворювання на регіональному рівні.

7. За результатами проведеного комплексного дослідження фармацевтичного забезпечення лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, а також за даними експертної оцінки ЛЗ було визначено рекомендований перелік груп препаратів з 15 INN ЛЗ для користування в процесі розробки локального формулярного переліку фармакотерапії досліджуваної патології з метою економії фінансових ресурсів.

ВИСНОВКИ

Дослідження науково-практичних аспектів забезпечення ЛЗ хворих дітей показало відсутність організаційно-економічного обґрунтування фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт. У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми щодо оптимізації лікарського забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт шляхом обґрунтування, експериментального підтвердження, створення раціонального асортименту ЛЗ та підвищення економічної ефективності їх використання.

1. Вивчено систему надання спеціалізованої медичної та фармацевтичної допомоги дітям в Україні та країнах світу та встановлено, що хвороби органів травлення серед дітей входять в п'ятірку у структурі захворюваності і поширеності з часткою 4,7% та 12% відповідно. Серед хвороб органів травлення вчасно не діагностований та нелікований ХГ визначають першочерговою причиною утворення виразкової хвороби, що може призвести до інвалідизації та раку шлунку. ХГД трапляється у 50-70% пацієнтів із захворюваннями верхніх відділів ТШ. В Україні за останні роки показники захворюваності стабільно високими.

2. Проаналізовано існуючу систему спеціалізованої медичної та фармацевтичної допомоги дітям у ЛПЗ південного регіону України. Визначені інноваційні підходи до розвитку і удосконалення медикаментозного забезпечення хворих дітей та доцільність організаційно-економічного обґрунтування фармакотерапії таких хворих дітей шляхом запровадження формулярних та страхових переліків ЛЗ.

3. Проведені маркетингові дослідження вітчизняного фармацевтичного ринку досліджуваних ЛЗ, в результаті яких встановлено, що за протоколами лікування рекомендується використовувати понад 300 найменувань зареєстрованих в Україні ЛЗ, з яких антибактеріальні та антисекреторні засоби складають відповідно 127 і 64 препаратів. Вітчизняні виробники випускають

більшість арсеналу ЛЗ, що необхідні для лікування хворих дітей на гіперацидний ХГ (ХГД), асоційований з *H. pylori*.

4. В результаті ABC/VEN-аналізу до групи AV (життєво-необхідних) і групи AE (необхідних) сумарно увійшли 12 INN ЛЗ з 11 фармакотерапевтичних груп, які забезпечили 784 призначення (майже 50%) для надання допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару.

5. Проведено фармакоеконімічний аналіз основних схем фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, за допомогою інформаційно-аналітичної системи «Фармексперт Сервіс».

В результаті проведеного економічного дослідження визначено оптимальні моделі лікування ХГ та ХГД у дітей з урахуванням загальних витрат та ефективності фармакотерапії. Препарати, що увійшли до складу даних схем рекомендовані до включення у формулярні переліки ЛЗ як окремого лікувального закладу, так і для забезпечення медичних установ відповідного профілю на рівні регіону.

6. Проведено дослідження асортименту ЛЗ для забезпечення хворих дітей на гастрит і дуоденіт в амбулаторних та стаціонарних умовах за допомогою методу експертних оцінок шляхом анкетування 36 лікарів з подальшою комп'ютерною обробкою результатів.

Встановлено оптимізований перелік препаратів для створення локального формуляру ЛЗ. Запропоновано методіку анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт, на яку отримано Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 50150 від 11.07.2013 р.

7. Сформовано науково обґрунтовані методичні рекомендації з оцінки економічних витрат щодо включення ЛЗ в локальні формуляри ЛЗ ЛПУ для надання допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт в стадії загострення, в умовах спеціалізованих стаціонарів з урахуванням особливостей перебігу досліджуваного захворювання на регіональному рівні.

8. На основі одержаних результатів організаційно-економічних та фармакоеконімічних досліджень альтернативних та основних схем

фармакотерапії обґрунтовано та створено переліки рекомендованих груп ЛЗ для подальшого формування локальних формулярних і страхових переліків ЛЗ для лікувально-профілактичних закладів для хворих дітей на гастрит і дуоденіт.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абатуров О. Є. Вплив про біотичної терапії на ефективність ерадикації та фактори рекогніції природженого імунітету при лікуванні хелікобактерної інфекції у дітей / О. Є. Абатуров, О. М. Герасименко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 3. – С. 42 – 44.
2. Абатуров О. Є. Клінічне значення бета–дефензинів у розвитку хронічних НР–асоційованих гастритів у дітей / О. Е. Абатуров, Н. Ю. Завгородня, І.В. Кіракозова // Сучасна педіатрія. – 2011. – № 2. – С. 124–126.
3. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України / Р. О. Моїсеєнко, Я. І. Соколовська, Т. К. Кульчицька, Т. М. Бухановська // Современная педиатрия. – 2010. – № 3. – С. 13 – 17.
4. Антипкін Ю. Г. Нагальні наукові та практичні проблеми охорони здоров'я матері та дитини / Ю. Г. Антипкін // Журнал Національної академії медичних наук України. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 44 – 47.
5. Антисекреторні і пробіотичні паралелі при лікуванні дітей з хронічним гастродуоденітом / В. І. Боброва, С. С. Вороніна, Т. В. Рубан [та ін] // Перинатологія та педіатрія. – 2010. – № 1. – С. 148 – 150.
6. Антонюк А. Дитяча гастроентерологія і нутриціологія: вітчизняний та іноземний досвід у діагностиці та лікуванні захворювань шлунково–кишкового тракту / А. Антонюк // Український медичний часопис. – 2014. –Т.104, № 6 (XI/XII) – С. 37 – 40.
7. А. с. Україна. Інформаційно – аналітична система «Фармексперт Сервіс» / Р. Л. Притула, В. В. Трохимчук, Р. О. Глебушкин, В'ячеслав В. Трохимчук – № 10155 ; заявл. ; опубл. 15.01.2004, Бюл. № – 2 с. (Офіційній бюллетень. – С. 64).
8. А. с. Україна. Наукове обґрунтування анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт / В. В. Трохимчук, І. В. Ольхова, І. Г. Гринчук, О. І. Трохимчук. – № 50150; заявл. № 49908; опубл. 11.07.2013, Бюл. № 31.

9. Баб'як В. І. Ефективність послідовної ерадикаційної терапії у дітей з хронічним гастродуоденітом, асоційованим з гелікобактеріозом / В. І. Баб'як // Перинатологія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 2. – С. 8 – 12.

10. Барышникова Н. В. Оптимизация лечения больных с заболеваниями, ассоциированными с инфекцией *Helicobacter pylori*: обоснование необходимости использования препаратов висмута / Н. В. Барышникова, Ю.П. Успенский, Е. И. Ткаченко // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 1. – С. 53 – 58.

11. Бекетова Г. В. Лікування хронічних гастродуоденітів у дітей і підлітків / Г.В. Бекетова, К. М. А. Ібрагім // Дитячий лікар. – 2012. – № 8. – С. 13 – 15.

12. Белоусов Ю. В. Современный взгляд на этиологические и патогенетические аспекты хронической гастродуоденальной патологии у детей / Ю. В. Белоусов, Ю. В. Приказчик // Здоров'я України. – 2010. – № 2. – С. 18 – 19.

13. Белоусов Ю. В. Гастроентерологія дитячого віку / Ю. В. Белоусов. – К. : СПД Коляда О. П. , 2007. – 440 с.

14. Бодак В. М. Правові аспекти забезпечення дітей лікарськими засобами / В.М. Бодак // Сучасна педіатрія. – 2011. – № 2. – С. 204 – 206

15. Боднар Г. Б. Клініко–генеалогічні особливості перебігу захворювань гастродуоденальної ділянки у дітей / Г. Б. Боднар // Сучасна педіатрія. – 2010. – № 3. – С. 120 – 125.

16. Боднар Г. Б. Особливості перебігу захворювань гастродуоденальної ділянки у дітей / Г. Б. Боднар // Современная педиатрия. – 2011. – № 2. – С. 127 – 129.

17. Бойко А. І. Маркетингові та фармакоеконімічні дослідження лікування хворих на діабет : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук : спец. 15.00.01 / Бойко А. І. – Львів, 2006. – 19 с

18. Бойко А. І. Розвиток методології фармацевтичної інформатики від комп'ютерних баз даних до баз знань / А. І. Бойко, Н. А. Прилипко, Б. Л. Парновський // Ліки України плюс. – 2010. – № 2. – С. 76 – 78.

19. Борисенко М. І. Ефективність поєднаної імуномодуляції в комплексному лікуванні хронічного гастродуоденіту в дітей [Електронний ресурс] / М. І. Борисенко // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 6. – С. 131 – 136. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/SGastro_2014_6_19.pdf
20. Бюлетень ВООЗ : міжнародний журнал общественного здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/08-053348/ru/#R3>
21. Видманова Т. А. Эффективность антихеликобактерной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей / Т. А. Видманова, Е. А. Жукова, И. Н. Вискова // Медицинский альманах. – 2011. – № 6. – С. 182 – 184.
22. Віленський А. Б. Концепція державного регулювання медичного забезпечення дітей в Україні [Електронний ресурс] // Державне управління: удосконалення та розвиток : електронне наукове фахове видання. – 2012. – № 10. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=518>
23. Вірстюк Н. Г. Клініко–патогенетичні особливості перебігу хронічного ерозивного *Helicobacter pylori*–асоційованого гастриту з урахуванням функціонального стану печінки / Н. Г. Вірстюк, Н. С. Гаврилюк // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 1. – С. 11 – 15.
24. Волоцька Н. А. Аналіз споживання інгібіторів протонної помпи на фармацевтичному ринку м. Вінниці за АТС / DDD методологією / Н. А. Волоцька // Вісник фармації. – 2010. – № 4. – С. 66 – 70.
25. Горбунова Е. На чьи плечи ляжет возможный мониторинг цен на препараты? [Электронный ресурс] / Е. Горбунова // Еженедельник «Аптека». – 2013. – №881 (10). – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/218121>.
26. Гром О. Л. Комплексне маркетингове вивчення ринку фторхінолонів / О. Л. Гром, І. В. Гадяк // Фармацевтичний журнал. – 2010. – № 3. – С. 10 – 16.
27. Губергриц Н. Б. Хронический гастрит: насколько это просто? / Н. Б. Губергриц // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 3. – С. 58 – 69.
28. Гудзенко О. П. Наукові основи удосконалення лікарського забезпечення пільгових категорій населення промислових регіонів : автореф. дис.

на здобуття наук. ступеня докт. фарм. наук : спец. 15.00.01 / Гудзенко О. П. – Харків, 2004. – 38 с.

29. Державний реєстр лікарських засобів України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.drlz.kiev.ua/>

30. Державний формуляр лікарських засобів. 3 - 7-й вип. [Електронний ресурс]. – Державний експертний центр МОЗ України. – Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/informatsijno-poshukova-sistema-elektronnij-formulyar>

31. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення [Електронний ресурс]: Постанова КМ України № 333 від 25.03.2009 р. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=333-2009-%EF>.

32. Динамика клинико-морфологических и микробиологических изменений при хроническом гастродуодените у детей / Н. Ю. Канькова, Е. А. Жукова, Е. И. Шабунина [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2012. – № 6. – С. 86 – 89.

33. Динамика резистентности штаммов *H. pylori* к антибиотикам у городского населения России в 1998 – 1999 году. В кн.: *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии / Л. В. Кудрявцева, В. А. Исаков, П.Л. Щербаков и др. / Под ред. В. Т. Ивашкина, К. Мегро, Т. Л. Лапиной. М: Триада – Х., 2000. – С. 191 – 196.

34. Діти, жінки в Україні: Стат. Збірник / Державна служба статистики України / [Відп. ред. І. В. Качалова]. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне бюро», 2012. – 349 с.

35. Довідник лікарських засобів. – 4- й випуск [Електронний ресурс]. – 80 Мін / 442 МВ. – К., МОЗ України, 2013. – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM) ; 12 см. – Систем. вимоги: Pentium; 32 Мб RAM; Windows 95, 98, 2000, XP ; MS Word 97 – 2000. – Державний фармакологічний центр МЗ України.

36. Дудіна О. О. Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2014. – № 2. – С. 49 – 57.

37. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей / В. І. Боброва, О. В. П'янкова, Н. І. Надточій [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 2. – С. 33 – 36.

38. Євтушенко О. М. Фармакоеконімічна оцінка лікарських засобів з урахуванням побічних реакцій / О. М. Євтушенко // Вісник фармації. – 2010. – №1. – С. 51 – 54.

39. Єрмоленко Т. І. Фармакоеконімічна складова сучасної охорони здоров'я / Т. І. Єрмоленко // Вісник фармації. – 2009. – № 4. – С. 58 – 60.

40. Єрмолова Ю. В. Педіатрична галузь у період медичних реформ: надбання і проблемні питання [Електронний ресурс] / Ю. В. Єрмолова // Український медичний часопис. – 2013. – Т.ІІІ/ІV, №2 (94). – С. 12 – 14. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/55923/pediatricna-galuz-u-period-medichnix-reform-nadbannya-i-problemni-pitannya>

41. Жилка К. І. Законодавче та нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я дітей в Україні на сучасному етапі реформування галузі [Електронний ресурс] / К. І. Жилка, Н. П. Кризина // Державне управління: удосконалення та розвиток : електронне наукове фахове видання. – 2012. – № 5. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=413>

42. Жирова І. В. Методичні підходи до медикаментозного забезпечення хворих на цукровий діабет в умовах медичного страхування: автореф. дис. на здобуття канд. фармацевт. наук : спец. 15.00.01 /Жирова І. В. – Х., 2004. – 24 с.

43. Здоров'я для всіх: база даних ВООЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://data.euro.who.int/hfad/>

44. Зак М. Ю. Классификация хронического гастрита: от Сиднейской системы к системе OLGA / М. Ю. Зак // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 6. – С. 116 – 126.

45. Заліська О. М. Теоретичні основи і практичне використання фармакоеконіміки в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. фарм. наук : спец. 15.00.01 / Заліська О. М. – Львів, 2004. – 33 с.

46. Заліська О. М. Фармакоеконіміка: навч. посібник для провізорів–інтернів, слухачів післядипломної освіти / За ред. Б. Л. Парновського. – Львів: Афіша, 2007. – 374 с.

47. Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування) / Ю.В. Белоусов, Л. Г. Волошина, Н.В. Павленко [та ін.] / Навч. Посіб. Для педіатрів, дитячих гастроентерологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини – Х. : ВД «ІНЖЕК», 2007. – 124 с.

48. Зіменковський А. Б. Аналіз та стандартизація методів і проблем впливу на порядок лікарських призначень фармакотерапії на шляху до її раціоналізації / А. Б. Зіменковський, Т. Б. Ривак// Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2009. – № 1 – 2. – С. 81 – 85.

49. Іванова Т. П. Практичне впровадження адміністративної моделі якості надання медичної допомоги / Т. П. Іванова // Современная педиатрия. – 2010. – №5. – С. 18 – 20

50. К вопросу о терапии кислотозависимых заболеваний органов пищеварения у детей на современном этапе / И. Л. Бабий, Е. А. Калашникова, И.Н. Федчук, В.И. Величко // Перинатология и педиатрия. – 2010. – С. 132 –134.

51. Колпакова Т. А. Определение компетентности экспертов при принятии групповых решений / Т. А. Колпакова // Радіоелектроніка, інформатика, управління. – 2011. № 1. – С. 40-43.

52. Комплексний аналіз вітчизняного ринку екстемпоральних лікарських засобів для педіатрії / О. П. Гудзенко, Д. Т. Дмитрієвський, О. Д. Немятих, К. В. Кулдиркаєва // Вісник фармації. – 2011. – Том № 2. – С. 51 – 54

53. Конвенція ООН про права дитини прийнята резолюцією 44/25 Генеральної Асамблеї ООН, від 20 листопада 1989 року та набула чинності 2 вересня 1990 року. Ратифікована Постановою Верховної Ради України № 789XII (78912) від 27 лютого 1991 року та набула чинності для України 27 вересня 1991

року [Електронний ресурс]. – 1991. – Режим доступу : http://www.unicef.org/ukraine/ukr/children_11699.html

54. Конституція України : Чинне законодавство зі змінами та доповненнями станом на 21 червня 2013 р. – К. : Паливода А. В., 2013. – 64 с.

55. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 454 від 01.08.2011. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12655>

56. Корниенко Е. А. Проблема антибиотикорезистентности *Helicobacter pylori* у детей и выбор терапии [Электронный ресурс] / Е. А. Корниенко, Н. И. Паролова. – Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/2031>

57. Костяна К. В. Порівняння документації з призначення ліків у стаціонарних закладах охорони здоров'я в Україні та Великій Британії [Електронний ресурс] / К. В. Костяна, А. Б. Зіменковський // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2013. – № 1. – С. 64 – 69. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Kff_2013_1_11.pdf

58. Косяченко К. Л. Опрацювання результатів внутрішнього та зовнішнього моніторингу цін на лікарські засоби за державними закупівлями [Електронний ресурс] / К. Л. Косяченко, А. С. Немченко, І. В. Кубарева // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 2. – С. 107 – 111. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Phch_2012_2_23.pdf

59. Косяченко К. Л. Оцінка основних тенденцій споживання ліків та їх доступності населенню в Україні за 2001-2010 роки [Електронний ресурс] / К. Л. Косяченко, А. С. Немченко // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 3. – С. 99 – 104. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Phch_2012_3_23.pdf

60. Лекарственные средства ООО «Морион» : база данных [Электронный ресурс]. – Режим доступа : www.morion.kiev.ua

61. Лендяк А. А. Проектування комп'ютерної інформаційної системи «Остеопороз. Фармацевтична інформація» на основі Інтернет-сайту з

використанням бази даних / А. А. Лендяк // Фармацевтичний часопис. – 2009. – № 4. – С. 86 – 89.

62. Лендяк А. А. Сучасні проблеми фармацевтичної інформатики на прикладі фармакотерапії остеопорозу / А. А. Лендяк // Фармацевтичний часопис. – 2009. – № 3. – С. 63 – 66.

63. Любінець О. В. Стан інформованості та знань організаторів охорони здоров'я щодо медико–демографічних проблем в Україні / О. В. Любінець // Современная педиатрия. – 2010. – № 4. – С. 14 – 16.

64. Маев И. В. Принципы диагностики и рациональной фармакотерапии хронического гастрита / И. В. Маев, Н.Н. Голубев// Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 1. – С. 64 – 70.

65. Майнич Ю. В. Аналіз програм, організаційно–медичних документів, формулярних переліків, які регламентують лікарське забезпечення дітей / Ю. В. Майнич, Б. Л. Парновський, О. М. Заліська // Фармацевтичний часопис. – 2009. – № 2. – С. 66 – 71.

66. Майнич Ю. В. Оптимізація лікарського забезпечення дітей з інфекційними захворюваннями: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фармац. наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / Ю. В. Майнич. – Львів, 2010. – 24 с.

67. Марушко Ю. В. Сучасні дані щодо тривалості терапії антисекреторними препаратами кислотозалежних захворювань у дітей (огляд літератури) / Ю. В. Марушко// Современная педиатрия. – 2013. – № 1. – С. 118 – 120.

68. Медведовська Н. В. Сучасний стан здоров'я підлітків України / Н. В. Медведовська // Современная педиатрия. – 2010. – № 6. – С. 14 – 16.

69. Мельникова И. Ю. Алгоритм выбора эрадикационной терапии при НР–ассоциированном гастродуодените у детей / И. Ю. Мельникова, М. В. Самсонова, Н. С. Новикова // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2010. – №1. – С. 93 – 97.

70. Минцер О.П. Методы обработки медицинской информации / О. П. Минцер, Б. Н. Угаров, В. В. Власов. – К.: Вища школа, 1997. – 271 с.
71. Михайленко П. М. Політика досягнення здоров'я для всіх: Україна у європейському контексті / П. М. Михайленко, Ф. П. Ринда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2009. – № 4. – С. 51 – 56.
72. Мудрак І. Г. Оптимізація інформаційного забезпечення про лікарські рослинні засоби за даними доказової медицини / І. Г. Мудрак, О. М. Заліська // Фармацевтичний часопис. – 2010. – №4. – С. 64 – 67.
73. Мудрак І. Г. Оцінка медичних технологій та фармакоекономічний аналіз лікарських засобів при впровадженні формулярної системи в Україні / І. Г. Мудрак, О. М. Заліська, Т. С. Колач // Фармацевтичний журнал. – 2010. – №4. – С. 15 – 18.
74. Музика Т. Ф. Дослідження організації фармацевтичного забезпечення лікувально–профілактичних закладів / Т. Ф. Музика, В. М. Толочко, М. В. Зарічкова. // Вісник фармації. – 2010. – №4. – С. 62 – 65
75. Мурашко А. М. Розвиток фармацевтичної діяльності в наданні якісної медикаментозної допомоги хворим лікувально–профілактичних закладів в Україні / А. М. Мурашко, Н. М. Печененко // Вісник фармації. – 2010. – № 3. – С. 55 – 57.
76. Налетов А. В. Влияние генотипа *Helicobacter pylori* на особенности течения гастродуоденальной патологии у детей / А. В. Налетов, К. А. Цыганок // Вопросы экспериментальной и клинической медицины. – 2013. – Вып. 17, Т. 2. – С. 202 – 206. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/pekm_2013_17_2_40.pdf
77. Налетов А. В. Состояние микрофлоры кишечника у детей с хронической гастродуоденальной патологией / А. В. Налетов // Університетська клініка. – 2014. – Т. 10, № 1. – С. 68–70. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Unkl_2014_10_1_16.pdf
78. Наукове обґрунтування анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт / В. В. Трохимчук, І. В. Ольхова, І. Г. Гринчук, О. І. Трохимчук // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць

Української військово-медичної академії / За ред. В. Я. Білого. – К. : МО, 2011. – Вип. 30. – С. 300-305

79. Немченко А. С. Наукове узагальнення результатів експертної оцінки протипухлинних препаратів для лікування раку шлунка та раку прямої кишки [Електронний ресурс] / А. С. Немченко, С. О. Жаркова, М. В. Подгайна, В. М. Хоменко // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 5. – С. 84 – 87. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Zmzh_2013_5_25.pdf

80. Немченко А. С. Обґрунтування теоретичних підходів до розробки медико-фармацевтичної моделі вітчизняного формуляра лікарських засобів/ А.С. Немченко, Г. Л. Панфілова, Ю. В. Корж // Фармацевтичний часопис. – 2009. – №4. – С. 67 – 71.

81. Немченко А. С. Проблеми формування системи раціональної фармакотерапії/ А. С. Немченко, А. А. Котвіцька, О. О. Суріков // Фармацевтичний часопис. – 2009. – №2. – С. 72 – 74.

82. Немченко А. С. Узагальнення результатів опитування спеціалістів охорони здоров'я з проблем функціонування медичного страхування в Україні / А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова // Фармацевтичний журнал. – 2009. – №2. – С. 45 – 52.

83. Николаева О. В. Клинико–инструментальная характеристика состояния нервной системы у детей с хронической патологией пищеварительной системы/ О. В. Николаева, М. В. Шапко, Н. В. Вергелис // Медицина сьогодні і завтра. – 2009. – № 1. – С. 106 – 111.

84. Обґрунтування вибору методу фармакоекономічних досліджень з метою оптимізації медикаментозного забезпечення постраждалих з політравмою / В. В. Трохимчук, В. В. Шматенко, Р. Л. Притула, О. П. Шматенко // Запорожский медицинский журнал. – 2007. – №1. – С. 111 – 13.

85. Ольхова И. В. Автоматизация процессов лекарственного обеспечения детского населения Украины с гастроэнтерологической патологией / И. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Вестник Южно–Казахстанской фармацевтической академии. – 2014. – Т. 3. – Вып. 3 (68). – С. 187 – 191.

86. Ольхова І. В. Автоматизований фармакоєкономічний менеджмент в закладах охорони здоров'я для ефективного лікування гастриту і дуоденіту у дітей / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики: Матеріали II міжнародної науково-практичної Internet-конференції (м. Харків, 27 – 28 березня 2014 р) / редкол.: В. В. Малий та ін. – Харків. : Вид-во НФаУ, 2014. – С. 316.

87. Ольхова І. В. Аналіз захворюваності на хвороби органів травлення у дітей на регіональному рівні / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. всеукр. наук.-практ. інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів, 3 квітня 2013 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х. : Вид-во НФаУ, 2013. – С. 177

88. Ольхова І. В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І. В. Ольхова // Медицина та фармація XXI століття – крок у майбутнє: 72 Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена Дню науки. Запоріжжя, 19 – 20 квітня 2012 року: тези доповідей // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2012. – № 2 (9). – Додаток. – С. 212.

89. Ольхова І. В. Аналіз фармакотерапії дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, при стаціонарному лікуванні / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Современные достижения медицинской и фармацевтической науки: Сборник тезисов I международной интернет-конференции молодых ученых и студентов. Запорожье, 23 – 25 октября 2012 года. – С. 120.

90. Ольхова І. В. Аналіз цінової кон'юнктури вітчизняного ринку дитячих гастроентерологічних лікарських засобів / І. В. Ольхова // «Теоретичні та практичні підходи до вирішення сучасних питань фармацевтичної та медичної науки»: Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів 18 квітня 2013 р. – Луганськ, 2013. – С. 148 – 149.

91. Ольхова І. В. Дослідження арсеналу лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Фармацевтичний часопис. – 2012 – № 4. – С. 114 – 119.

92. Ольхова И. В. Доступность лекарственных препаратов для лечения гастритов и дуоденитов у детей / И. В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали 73 Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена Дню науки «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2013» / – №2 (12). – Додаток. – С. 232

93. Ольхова І.В. Кадрове забезпечення надання спеціалізованої медичної допомоги хворим дітям на гастрит і дуоденіт в південному регіоні України / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, 17 – 20 березня 2014 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х. : Вид-во НФаУ, 2014. С. – 317.

94. Ольхова І. В. Маркетинг-аналіз вітчизняного ринку лікарських засобів для лікування хворих на хронічний гастрит дітей / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Фармація України. Погляд у майбутнє : матеріали VII Нац. з'їзду фармацевтів України (Харків, 15 – 17 верес. 2010 р.). У 2 т. / М-во охорони здоров'я України, Нац. фармац. ун-т ; ред. кол. : В. П. Черних (голова) та ін. ; уклад. : Н. А. Третьякова та ін. [Електронний ресурс] . – 80 Min /442 MB. – Х. : НФаУ, 2010 – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM) ; 12 см. – Систем. вимоги: Pentium ; 32 Mb RAM ; Windows 95, 98, 2000, XP ; MS Word 97. – Т. 2. – С. 361.

95. Ольхова І. В. Нормативно-правове регулювання фармацевтичної допомоги дитячому населенню з гастроентерологічною патологією / І. В. Ольхова // Здобутки та перспективи управління фармацевтичною системою: збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 50-літтю створення кафедри організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (Львів, 25 – 26 вересня 2014 р.). – Львів, 2014. – С. 116 – 117.

96. Ольхова І. В. Оптимізація фармакоекономічних досліджень в дитячій гастроентерології / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Фармакоекономіка в Україні: стан та перспективи розвитку: матеріали VI наук. – прак. конф., м. Харків, 22 листопада 2013 р. / редкол.: В. П. Черних та ін. – Х. : Вид-во НФаУ, 2013. – С.239

– 240.

97. Ольхова І. В. Організація надання фармацевтичної допомоги дітям, хворим на гастрит і дуоденіт / І. В. Ольхова, В. В.Трохимчук // Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів // Мат-ли 4-ї науково-практичної конференції 29 – 30 вересня 2011 р. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2011. – С. 165 .

98. Ольхова І. В. Рекламно-інформаційне забезпечення фармакотерапії хворих гастроентерологічного профілю / І. В. Ольхова, В. В.Трохимчук // Фармація України. Погляд у майбутнє : матеріали VII Нац. з'їзду фармацевтів України (Харків, 15 – 17 верес. 2010 р.). У 2 т. / М-во охорони здоров'я України, Нац. фармац. ун-т ; ред. кол. : В. П. Черних (голова) та ін. ; уклад. : Н. А. Третьякова та ін. [Електронний ресурс] . – 80 Min /442 MB. – Х. : НФаУ, 2010 – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM) ; 12 см. — Систем. вимоги: Pentium ; 32 Mb RAM ; Windows 95, 98, 2000, XP ; MS Word 97. – Т. 2. – С. 362.

99. Ольхова І. В. Роль експертної оцінки лікарських засобів у створенні локального формуляра / І. В. Ольхова // Клінічна фармація: 20 років в Україні: матеріали Національного конгресу, Харків, 21 – 22 берез. 2013 р. / М-во охорони здоров'я України; М-во освіти і науки України; НАН України та ін. – Х., 2013. – С. 436 – 437.

100. Ольхова І. В. Створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І. В. Ольхова, О. І. Трохимчук // Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині: матеріали ювілейної конференції, присвяченої 10-річчю співпраці Одеського національного медичного університету та Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясауї (груд., 2011, Одеса) / МОНмолодьспорт України; МОЗ України; Одес. нац. мед. ун-т; відп. Годлевський Л. С., Самченко І. О.; орг. ком. : Запорожан В.М. [та ін.]. – Одеса: Астропринт, 2011. – С. 64.

101. Ольхова І. В. Фармакоэкономический анализ основных моделей лечения детей с хроническими гастритами и гастродуоденитами, ассоциированными с *H.pylori* / И. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Рецепт. – 2014. –

№2(94). – С.32 – 38.

102. Ольхова І. В. Фармакоекономічний аналіз основних моделей медикаментозної терапії для лікування хронічного гастриту та гастродуоденіту в педіатричній практиці / І. В. Ольхова // Матеріали 5 науково-практичної конференції з міжнародною участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів». – Тернопіль : Укрмедкнига, 2013. – С. – 286 – 287.

103. Ольхова І. В. Фармакоекономічні аспекти хронічного гастриту і дуоденіту у дітей / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Аспекти розвитку фармацевтичних та медичних досліджень на сучасному етапі», 27 – 28 березня 2014 р., м. Луганськ / Український медичний альманах, 2014, №1 (Додаток). – С. 97.

104. Ольхова І. В. Фармацевтична інформатика на шляху до оптимізації інформаційного забезпечення про лікарські засоби для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт / І. В. Ольхова, І. Г. Гринчук // Сборник научных трудов SWorld. По материалам международной научно-практической конференции «Научные исследования и их практическое применение. Современное состояние и пути развития 2011». Том 27. Медицина, ветеринария и фармацевтика. – Одесса : Черноморье, 2011. – С. 85 – 87.

105. Ольхова І. В. Фармацевтичний моніторинг основних груп лікарських препаратів, що застосовуються для лікування гастритів і дуоденітів у дітей / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2013. – № 2. – С. 114 – 116.

106. Ольхова І. В. Формування оптимального асортименту лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару / І. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2013. – № 2. – С. 81 – 84.

107. Ольхова І. В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И. В. Ольхова, В. В. Трохимчук // Международный журнал прикладных и

фундаментальных исследований: Материалы международной конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», 16 – 23 октября ОАЭ (Дубай) . – 2012. – №7. – С. 146.

108. Опитування. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/3157/opituvannya>.

109. Оптимізація лікування хронічного гастродуоденіту, не асоційованого з хелікобактеріозом, з урахуванням гастропротекції/ В. Д. Лукашук, С. П. Ходаківська, В. І. Баб'як [и др.] // Современная педиатрия. – 2011. – №1. – С. 165 – 168.

110. Пестун І. В. Порівняльний аналіз окремих складових національної лікарської політики в Україні та за кордоном [Електронний ресурс] /І. В. Пестун, З. М. Мнушко // Запорожский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 51 – 54. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Zmzh_2012_1_16.pdf

111. Подгорна Н. В. Оптимізація лікування дітей з гастродуоденальною патологією/ Н. В. Подгорна, О. В. Тяжка, О. В. Родичева // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 1. – С. 8 – 11.

112. Подходы к оценке эквивалентности воспроизведенных лекарственных средств в современной фармацевтической практике / К. С. Давыдова, И. Е. Шохин, Г. В. Раменская, В. Г. Кукес // Вестник фармации. – 2010. – том № 3. – С. 66 – 68.

113. Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011 – 2020 роки [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 769 від 13.09.2010 р. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100913_769.html

114. Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 438 від 26.05.2010 р. – Режим доступу до наказу: <http://moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=20685>.

115. Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення [Електронний ресурс] :

Наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130129_0059.html

116. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000.

117. Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 1051 від 28.12.2009 р. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091228_1051.html

118. Про охорону дитинства [Електронний ресурс] : Закон України від 26.04.2001 № 2402 – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>

119. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 752 від 28.09.12 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>

120. Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету [Електронний ресурс] : Постанова КМ України №1071 від 5.09.1996 р.– Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1071-96-%D0%BF>.

121. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 529 від 22. 07. 2009 р.– Режим доступу до наказу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09>.

122. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» : Розпорядження КМУ від 31 жовтня 201 р. № 1164 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-п>

123. Притула Р. Л. Фармакоекономічне обґрунтування медикаментозного забезпечення військовослужбовців в умовах медичного страхування : дис. канд. фарм. наук / Притула Р. Л. – К., 2005. – 24 с.

124. Прохватило О. І. Використання механічної обробки для обґрунтування модельних складів та розробки технології гранул антацидів для

дітей / О. І. Прохватило, Л. О. Бобрицька, Н. О. Бодренкова// Фармацевтичний часопис. – 2010. – №2. – С. 40 – 43.

125. Пузак Н. О. Дослідження ринку лікарських препаратів, що використовуються в дитячій гастроентерології : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 15.00.04 "Організація та економіка фармації" / Пузак Н. О. – Х., 1993. – 24 с.

126. Пушак К. І. Фармакоеконімічні дослідження лікарських засобів для запобігання вагітності та лікування клімактеричних розладів у жінок : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук : спец. 15.00.01 / Пушак К. І. – Львів, 2009. – 21 с.

127. Радиш Я. Ф. Правове регулювання медичного забезпечення дитячого населення в Україні / Я. Ф. Радиш, А. Б. Віденський // Современная педиатрия. – 2009. – №4. – С. 8 – 14.

128. Ривак Т. Б. Алгоритм здійснення пошуку, систематизації та оцінки доказової інформації в діяльності клінічного провізора / Т. Б. Ривак, А. Б. Зіменковський // Фармакоеконіміка в Україні: стан та перспективи розвитку: матеріали IV наук.-практ. конф., м. Харків, 27 – 28 жовтня 2011 р. / редкол.: В.П. Черних та ін.. – Х.: Вид-во НФаУ, 2011. – С. 213 – 215.

129. Руденко Е.С. Обработка результатов экспертных оценок / Е.С. Руденко, А.В. Шаповалов // Проблемы техники. – 2013. – № 2. – С. 139-145.

130. Синдромная диагностика в гастроэнтерологии / Дорофеев А. Э., Березов В. М., Руденко Н. Н., Томаш О. В. – Донецк: Вебер. Донец. отд–ние, 2008. – 261 с.

131. Соловйова Г. А. Хронічний гастрит: лікування банального захворювання або шлях канцерпревенції / Г. А. Соловйова, О. Г. Курик, В. О. Яковенко // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 5. – С. 98 – 106

132. Сорокман Т. В. Поширеність патології травної системи в дітей : матеріали Науково-практичної конференції [«Актуальні питання дитячої гастроентерології»], (Львів, 27 вересня 2013 р.). – Чернівці, 2004. – С. 34.

133. Стандарти (протоколи) обстеження і лікування хворих – крок до підвищення якості діагностично–лікувального процесу / Б. Г. Веденко, Л. Б. Веденко, Ф. В. Мельник [та ін.] // *Новости медицины и фармации.* – 2010. – № 10(326). [Електронний ресурс] – Режим доступу до журн.: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-12687/article-12783/>

134. Сучасні аспекти антисекреторної терапії кислотозалежних захворювань шлунково–кишкового тракту у дітей : [метод. реком.] / Шадрін О. Г., Герасимюк С. І, Ігнатко Л. В., Марушко Ю. В. – К., 2010. – 16 с.

135. Теория и практика организации фармацевтической помощи населению в условиях медицинского страхования / А. С. Немченко, А. Л. Панфилова // *Международный медицинский журнал.* – 2010. – № 2. – С. 101–106.

136. Ткаченко Н. В. Страхування: навчальний посібник / Н. В. Ткаченко. – К.: Ліра, 2012. – 376 с.

137. Толочко В. М. Експертна оцінка лікарських препаратів, які застосовуються у лікуванні хворих на бронхіальну астму / В. М. Толочко, О.А.Немченко / *Клінічна фармація.* – 2010. – Т. 14, № 3. – С. 16 – 19.

138. Трохимчук В. В. (мол.) Анкетування споживачів фармацевтичних послуг для визначення доступності лікарських засобів / В. В. Трохимчук (мол.), М. С. Пономаренко, В. Г. Іванісенко // *Фармацевтичний журнал.* – 2009. – № 2. – С. 11 – 16.

139. Трохимчук В. В. Аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, та можливість їх імпортозаміни / В. В. Трохимчук, І. В. Ольхова // *Одеський медичний журнал.* – 2012. – №1 (129). – С. 58 – 62.

140. Трохимчук В. В. Фармакоеконімічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. рек. / В. В. Трохимчук, І. В. Ольхова. – Одеса, 2013. – 24 с.

141. Устінов О. В. Забезпечення права дитини та охорону здоров'я: стратегічні заходи державної політики [Електронний ресурс] / О. В. Устінов //

Український медичний часопис. – 2013. – Режим доступу :
www.umj.com.ua/wp/wp/content/uploads/2013/09/Pediatrics.pdf?upload=

142. Фадеенко Г. Д. Эрадикация *Helicobacter pylori*: что нового? (По материалам XXII Международного симпозиума, посвященного изучению роли *H. pylori* и других бактерий в развитии хронических воспалительных заболеваний пищеварительного тракта и рака желудка) / Г. Д. Фадеенко, Т. Л. Можина // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 6. – С. 120 – 127.

143. Файзуллина Р. А. *Helicobacter pylori*-инфекция и новые возможности ее эрадикации / Р. А. Файзуллина // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2010. – № 2. – С. 18 – 23.

144. Фармакоеконічний аналіз // Фармацевтична енциклопедія. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/288/farmakoeconomicnij-analiz>

145. Фармаеконічні методи VEN-аналізу паралельно з кластерними АВС-аналітичними групами життєво необхідних лікарських засобів (послуг) / М. С. Пономаренко, Г. В. Загорій, А. А. Бабський [та ін.] // Запорожский медицинский журнал. – 2011. – Том 13, № 3. – С. 89 – 91

146. Фролов М. Ю. Методика проведения АВС/VEN-анализа / М. Ю. Фролов, О. Н. Барканова, О. В. Шаталова // Лекарственный вестник. – 2012. – Т. 6, № 6 (46). – С. 3 – 6.

147. Хронический гастродуоденит и язвенная болезнь у детей (диагностика, терапия, прогноз, профилактика) / Под ред. Волкова А.И., Шабуниной Е. И. – Н. Новгород: Медкнига, 2009. – 189 с.

148. Щербак В. А. Хронический гастродуоденит у детей. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2005. – 216 с.

149. Щербиніна М. Б. Підсумки анкетування лікарів з питань якості надання медичної допомоги пацієнтам з біліарною патологією за чинними клінічними протоколами / М. Б. Щербиніна, О. В. Закревська / Сучасні медичні технології. – 2010. – № 2. – С. 115 – 117.

150. Экспертные оценки в научно-техническом прогнозировании / Е. И. Юлиш, И. В. Балынчевцева, С. Г. Гадецкая, О. Е. Чернышева // Современная педиатрия. – 2009. – № 6. – С. 52 – 56.

151. Янишин У. Я. Фармацевтичне забезпечення лікування сифілісу, гонореї, ВІЛ/СНІДУ : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук : спец. 15.00.01 / Янишин У. Я. – Львів, 2009. – 24 с.

152. Яцкова Г. Ю. Оптимізація лікарського забезпечення дітей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 15.00.04 "Організація та економіка фармації" / Яцкова Г. Ю. – Львів, 1996. – 24 с.

153. ABC and VED Analysis in medical stores inventory control / R. Gupta, K. Gupta, B. Jain Maj [et al.] // Medical Journal Armed Forces India. – 2007. – №4. – P. 325 – 327.

154. ACID – Wikipedia [Electronic resource]. – Access mode : <http://ru.wikipedia.org/wiki/ACID>

155. Antibiotic resistance of Helicobacter pylori strains obtained from children living in Europe: results of a prospective multicenter study from 1999–2002 / Koletzko S., Antos D., Richy F. [et al.] // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. – 2004. – Vol. 39, s.1. – P. 252.

156. A randomized trial comparing seven-day therapy for eradication of Helicobacter pylori / Veldhuyzen van Zanten S., Chiba N., Barkun A., Thomson A., Smyth S. [et al.] // Canadian Journal of Gastroenterology – 2003. – Vol. 17. – P. 533 – 538.

157. An association between Helicobacter pylori infection and cognitive function in children at early school age: a community-based study/ K. Muhsen, A. Ornoy, A. Akawi [et al.] // BMC Pediatrics. – 2011. – Vol.11. – Can be found online at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/43>

158. BNF for Children. – 2011–2012. – Can be found online at: <http://bnfc.org/bnfc/bnfc/current/index.htm>.

159. Canar L. Helicobacter pylori — Update on Laboratory Testing, Diagnosis, and Treatment / L. Canar [Electronic resource].– Access mode :

https://www.researchgate.net/publication/270581611_Helicobacter_pylori__Update_on_Laboratory_Testing_Diagnosis_and_Treatment

160. Clinical relevance of the *Helicobacter pylori* gene for blood–group antigen–binding adhesions / Gerhard M., Lehn N., Neumayer N., Boren T., Rad R., Schepp W., Miehkei S., Classen M., Prinz C. // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. – 2005. – Vol. 96, № 14. – P. 12778 – 12783.

161. Comparison of *Helicobacter pylori* infection and gastric mucosal histological features of gastric ulcer patients with chronic gastritis patients / Zhang C, Yamada N., Wu Y. L. [et al.] // *World Journal of Gastroenterology*. – 2005. – Vol. 11, № 7. – P. 976 – 981.

162. Cover T. L. *Helicobacter pylori* in health and disease / T. L. Cover, M. J. Blaser // *Gastroenterology Journal*. – 2009. – № 136 (6). – P. 1863 – 1873.

163. D’Elios M. M. *Helicobacter pylori* inflammation, immunity, and vaccines / M.M. D’Elios, L. P. Andersen // *Helicobacter*. – 2007. – Vol. 12, Suppl. 1. – P. 15 – 19.

164. Efficacy of the standard quadruple therapy versus triple therapies containing proton pump inhibitor plus amoxicillin and clarithromycin or amoxicillin–clavulanic acid and metronidazole for *Helicobacter pylori* eradication in children / Dehghani S. M., Erjaee A., Imanieh M. H., Haghghat M. // *Digestive Disease and Science*. – 2009. – Vol. 54 (8). – P. 1720 – 1724.

165. Emergence of claritromycin–resistant *Helicobacter pylori* with a high prevalence in children compared with their parents / Taneike I., Goshi S., Tamura Y. Wakisaka-Saito, N, Matsumori, N, Yanase // *Helicobacter*. – 2002. – Vol. 7. – P. 297 – 305.

166. European multicenter survey of in vitro antimicrobial resistance in *Helicobacter pylori* / Glupczynski Y., Megroud F., Lopez–Brea M., Andersen L. // *European Journal of Clinical Microbiological Infections and Disease*., 2000. – Vol. 11. – P. 820 – 823.

167. Eusebi L. H. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection / L. H. Eusabi, R. M. Zagari, F. Bazzoli // *Helicobacter*. – 2014. – Vol.19, Suppl.1. – P.1 – 5.

168. Fallone C. A. Epidemiology of the antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* / C. A. Fallone // *Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology*. – 2004. – Vol.14, № 10. – P. 879 – 82.

169. *Helicobacter pylori* and antimicrobial resistance: mechanisms and clinical implication / M. M. Gerrits, A. H. van Vliet, E. J. Kuipers, J. G. Kusters. // *Lancet Infect. Dis.* – 2006. – Vol. 6, №11. – P. 699 – 709.

170. How antibiotic resistances could change *Helicobacter pylori* treatment: A matter of geography? / E. Ierardi, F. Giorgio, G. Losurdo [et. al] // *WORLD JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY*. – 2013. – №19(45). – P. 8163-8458.

171. Imelda J. ABC–VED Analysis and Economic Order Interval (EOI) – Multiple Items for Medicines Inventory Control in Hospital / J. Imelda, K. S. Rhessy // *The 2012 International Conference on Business and Management 6 – 7 September 2012. – Phuket – Thailand.* – P. 678 – 689.

172. Megraud F. H. *pylori* antibiotic resistance: prevalence, importance and advances in testing / F.Megraud // *Gut*. – 2004. – Vol. 53, N 9. – P.1374 – 1384.

173. Mittal S. K. *Helicobacter pylori* infection in children: A review / S. K. Mittal, J.L. Methew // *Tropical Gastroenterology*. – 2003. – 24, №3. – P. 106 – 115.

174. OLGA staging for gastritis: a tutorial / M. Rugge, P. Correa, F. di Mario et al. // *Dig. Liver Dis.* – 2008. – Vol. 40 (8). – P. 650-658.

175. Olkhova I. V. Pharmacoeconomical analysis of pharmaceutical drugs for treatment of children affected with gastritis and duodenitis in the specialized hospital / I. V. Olkhova, I. S. Bazarenko // *Actual Questions Of Development of New Drugs: Abstracts of XX International Scientific And Practical Conference Of Young Scientists And Student (April 25 – 26. 2013).* - Kh.: Publishing Office. 2013. – P. 210.

176. One–day quadruple therapy compared with 7 – day triple therapy for *Helicobacter pylori* infection / Lara L. F, Cisneros G, Gurney M, Van Ness M, Jarjoura D, Moauro B, Polen A, Rutecki G, Whittier F // *Archives of Internal Medicine*. – 2003. – Vol. 163. – P. 2079 – 2084.

177. Pharmacokinetics of famotidine in infants / Wenning L. A., Murphy M. G., James L. P. [et al.] // *Clinical Pharmacokinetics*. – 2005. – Vol.4 (44). – P. 395 –406.

178. Resi Net A nationwide German sentinel study on development and risk factors of antimicrobial resistance in *Helicobacter pylori* / Kist M., Glocker E., Wolf B., Stueger H. // *Helicobacter*. – 2003. – Vol. 8. – P. 465.

179. Pocket book of Hospital care for children / World Health Organization/ - Geneva, 2005. – 365 p.

180. Simplified 10–day bismuth triple therapy for cure of *Helicobacter pylori* infection: experience from clinical practice in a population with a high frequency of metronidazole resistance / Lerang F. Moum B. Ragnhildstveit E. Sandvei PK. Tolas P. Whist JE. Henriksen M. Haug JB. Berge T. // *American Journal of Gastroenterology*. – 1998. – Vol. 93. – P. 212 – 216.

181. Secondary resistance among 554 isolates of *Helicobacter pylori* after failure of therapy / Heep M., Kist M., Strobel S., Beck D., Lehn N. // *European Journal Clinical Microbiological Infections and Disease*. – 2000. – Vol. 19. – P. 538 – 541.

182. Sequential therapy versus tailored triple therapies for *Helicobacter pylori* infection in children / Bontems P., Kalach N., Oderda G. [et al.] // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. – 2011. – Vol. 53 (6). – P. 646 – 650.

183. Svarval' A. V. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection among population of Northwestern federal district of Russian Federation / A. V. Svarval', R. S. Ferman, A. B. Zhebrun // *Zhurnal Mikrobiologii Epidemiologii i Immunobiologii*. – 2011. – Vol. (4). – P. 84 – 88.

184. Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) / WHO. – Geneva, 2005/ – 38 p.

185. Wallis–Crespo M C, Crespo A. *Helicobacter pylori* infection in pediatric population: epidemiology, pathophysiology, and therapy // *Fetal and Pediatric Pathology*. – 2004. – Vol. 23, № 1. – P. 11 – 28.

186. WHO Model List of Essential Medicines for Children : undated in 2011 [Electronic resource]. – 3rd ed. – Access mode : http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95054_eng.pdf

Додаток А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Управління охорони здоров'я
Миколаївської обласної державної
адміністрації
Дергунова Тариса Юріївна



"17" 12 2012 р.
54030, м. Миколаїв вул. В.Морська, 56
тел. 37-03-01

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Трохимчук В.В. Аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, та можливість їх імпортозаміни / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова // Одеський медичний журнал. – 2012. – № 1(129). – С. 58-62.

2. Ольхова І.В. Дослідження арсеналу лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 4.

3. Ольхова І.В. Створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, О.І. Трохимчук // Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині: матеріали ювілейної конференції, присвяченої 10-річчю співпраці Одеського національного медичного університету та Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясауї (груд., 2011, Одеса) / МОНмолодьспорт України; МОЗ України; Одеський національний медичний університет; відп. ред.: Годлевський Л.С., Самченко І.О.; орг.ком.: Запорожан В.М. [та ін.]. – Одеса: Астропринт, 2011. – С. 64.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання в лікувально-профілактичних закладах Управління охорони здоров'я Миколаївської обласної державної адміністрації Державне управління охорони здоров'я

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 17.12. 2012 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. **Зауваження, пропозиції.** Продовжувати роботу щодо стандартизації фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

"17" 12 2012 р.



Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Управління охорони здоров'я
Миколаївської обласної державної
адміністрації

Дергунова Лариса Юріївна



"17" 2012 р.

54030, м. Миколаїв вул. В.Морська, 56

тел. 37-03-01

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація XXI століття - крок у майбутнє». - 2012. - №2 (9). - Додаток. - С. 212.

2. Ольхова І.В. Фармакоекономічні методи дослідження в оптимізації лікарського забезпечення дітей з гастроентерологічною патологією / І.В. Ольхова, Т.В. Болгарова // Сучасні теоретичні та парктичні аспекти клінічної медицини (для молодих вчених і студентів): наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 155-річчю з дня народження В.В. Підвисоцького. Одеса, 19-20 квітня 2012 року: тези доп. - Одеса: ОНМедУ, 2012. - С. 96

3. Ольхова І.В., Трохимчук В.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - № 7. - С. 45

4. Трохимчук В.В., Ольхова І.В., Трохимчук О.І., Гринчук І.Г. Наукове обґрунтування анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії / За ред. В.Я. Білого. - К.: МО, 2011. - Вип. 30. - С. 300-305.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання в лікувально-профілактичних закладах Управління охорони здоров'я Миколаївської обласної державної адміністрації

Державна лікарська поліклініка №2
(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 17.12. 2012 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо стандартизації фармакотерапії в умовах лікувальних закладів


Відповідальний за впровадження:

"14" 2012 р.



Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ
Перший проректор з навчальної
роботи
Львівського національного
медичного університету
ім. Данила Галицького
проф. М.Р. Гжегоцький



"10" 2013 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров. Валіховський, 2, м. Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація XXI століття – крок у майбутнє». Запоріжжя- 2012. - №2 (9). - Додаток. - С. 212.

2. Ольхова І.В. Фармакоекономічні методи дослідження в оптимізації лікарського забезпечення дітей з гастроентерологічною патологією / І.В. Ольхова, Т.В. Болгарова // Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для молодих вчених і студентів): наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 155-річчю з дня народження В.В. Підвисоцького. Одеса, 19-20 квітня 2012 року: тези доп. - Одеса: ОНМедУ, 2012.- С. 96

3. Ольхова І.В., Трохимчук В.В. Формулярна система в детській гастроентерології / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - № 7. - С. 45

4. Трохимчук В.В., Ольхова І.В., Трохимчук О.І., Гринчук І.Г. Наукове обґрунтування анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії / За ред. В.Я. Білого. - К.: МО, 2011. - Вип. 30. - С. 300-305.

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес передатестаційних циклів процесів факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

6. Термін впровадження: з січня 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії дітей

"10" 01 2013 р.

Відповідальний за впровадження:
Ст. викл. каф. ОЕФ та технології ліків
Канд.фарм.наук Ю.В. Качерай

Продовження додатку А



ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор Тернопільського державного
медичного університету ім.І.Я.Горбачевського
проф.. І.Р.Мисула

1 лютого 2013 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація ХХІ століття - крок у майбутнє». Запоріжжя- 2012. - №2 (9). - Додаток: - С. 212.

2. Ольхова І.В. Фармакоекономічні методи дослідження в оптимізації лікарського забезпечення дітей з гастроентерологічною патологією / І.В. Ольхова, Т.В. Болгарова // Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для молодих вчених і студентів): наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 155-річчю з дня народження В.В. Підвисоцького. Одеса, 19-20 квітня 2012 року: тези доп. - Одеса: ОНМедУ, 2012.- С. 96

3. Ольхова І.В., Трохимчук В.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - № 7. - С. 45

4. Трохимчук В.В., Ольхова І.В., Трохимчук О.І., Гринчук І.Г. Наукове обґрунтування анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії / За ред. В.Я. Білого. - К.: МО, 2011. -Вип. 30. - С. 300-305.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Тернопільського державного медичного університету ім.І.Я.Горбачевського

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 05.02.2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження: зав.каф.управління та економіки фармації проф.Грошовий Т.А

" 05 " 02 2013 р.

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор
Запорізького державного
медичного університету
Ю.М. Колесник

"30" травня 2013 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

5. Методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

6. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

7. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

8. Джерело інформації.

1. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація XXI століття - крок у майбутнє». Запоріжжя- 2012. - №2 (9). - Додаток. - С. 212.

2. Ольхова І.В. Фармакоекономічні методи дослідження в оптимізації лікарського забезпечення дітей з гастроентерологічною патологією / І.В. Ольхова, Т.В. Болгарова // Сучасні теоретичні та парктичні аспекти клінічної медицини (для молодих вчених і студентів): наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 155-річчю з дня народження В.В. Підвисоцького. Одеса, 19-20 квітня 2012 року: тези доп. - Одеса: ОНМедУ, 2012.- С. 96

3. Ольхова І.В, Трохимчук В.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - № 7. - С. 45

4. Трохимчук В.В., Ольхова І.В., Трохимчук О.І., Гринчук І.Г. Наукове обґрунтування анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії / За ред. В.Я. Білого. - К.: МО, 2011. -Вип. 30. - С. 300-305.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Запорізького державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 30.05. 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри управління і економіки фармації, професор
Є.Г.Книш

"30" 05 2013 р.

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар Луганської державної багатопрофільної дитячої лікарні к.мед.н., Козіна С.Ю.

« 11 » вересня 2013 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація XXI століття – крок у майбутнє». Запоріжжя– 2012. – №2 (9). – Додаток. – С. 212.

2. Ольхова І.В. Фармакоекономічні методи дослідження в оптимізації лікарського забезпечення дітей з гастроентерологічною патологією / І.В. Ольхова, Т.В. Болгарова // Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для молодих вчених і студентів): наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 155-річчю з дня народження В.В. Підвисоцького. Одеса, 19-20 квітня 2012 року: тези доп. - Одеса: ОНМедУ, 2012.- С. 96

3. Ольхова І.В., Трохимчук В.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 7. – С. 45

4. Трохимчук В.В., Ольхова І.В., Трохимчук О.І., Гринчук І.Г. Наукове обґрунтування анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії / За ред. В.Я. Білого. – К.: МО, 2011. –Вип. 30. – С. 300-305.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Луганського державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 11.09.2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

Завідуючий педагогічного
група, лікар вищої
категорії

« 11 » 09 2013 р.



І.Т. Кисельова

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар Луганської Державної багатопрофільної дитячої лікарні №3 к.мед.н., Козіна С.Ю.

« 11 »

2013 р



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація XXI століття – крок у майбутнє». Запоріжжя- 2012. - №2 (9). - Додаток. - С. 212.

2. Ольхова І.В. Фармакоекономічні методи дослідження в оптимізації лікарського забезпечення дітей з гастроентерологічною патологією / І.В. Ольхова, Т.В. Болгарова // Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для молодих вчених і студентів): наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 155-річчю з дня народження В.В. Підвисоцького. Одеса, 19-20 квітня 2012 року: тези доп. - Одеса: ОНМедУ, 2012. - С. 96

3. Ольхова І.В., Трохимчук В.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - № 7. - С. 45

4. Трохимчук В.В., Ольхова І.В., Трохимчук О.І., Гринчук І.Г. Наукове обґрунтування анкетування лікарів щодо фармакотерапії хворих дітей на гастрит і дуоденіт // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії / За ред. В.Я. Білого. - К.: МО, 2011. - Вип. 30. - С. 300-305.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Луганського державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 11.09. 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

Лікар гастроентеролог



В.В. Козіна

« 11 » 09 2013 р.

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ
Ректор
Запорізького державного
медичного університету
Ю.М. Колесник *[підпис]*

"30" *[підпис]* 2013 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика фармакоекономічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. Рекомендації / уклад.: В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. - К., 2013. - 24 с.

2. Ольхова І.В. Фармацевтичний моніторинг основних груп лікарських препаратів, використовуваних для лікування гастритів і дуоденитів у дітей / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. - 2013. - № 2. - С 26-30.

3. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація XXI століття - крок у майбутнє». Запоріжжя- 2012. - №2 (9). - Додаток. - С. 212.

4. Ольхова І.В. Формування оптимального асортименту лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації, - 2013. - № 2. С. 37-42.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Запорізького державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 30.05. 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри управління і економіки фармації, професор
Є.Г.Книш

"30" 05 2013 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар Луганської державної
багатопрофільної дитячої лікарні,
к.мед.н., Козіна С.Ю.

« 11 » вересня 2013 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика фармакоекономічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. Рекомендації / уклад.: В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. – К., 2013. – 24 с.

2. Ольхова І.В. Фармацевтический мониторинг основных групп лекарственных препаратов, применяемых для лечения гастритов и дуоденитов у детей / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2013. - № 2. – С 26-30.

3. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація ХХІ століття – крок у майбутнє». Запоріжжя– 2012. - №2 (9). – Додаток. – С. 212.

4. Ольхова І.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 7. – С. 45

5. Ольхова І.В. Формування оптимального асортименту лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації, - 2013. - № 2. С. 37-42.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Луганського державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 11.09. 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

Лікар гастроентеролог

« 11 » 09 2013 р.



В.В. Ольхова

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар Луганської Державної
багатопрофільної спеціалізованої лікарні №3
к.мед.н., Козіна С.Ю.

« 11 »

2013 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ



1. Методика фармакоекономічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. Рекомендації / уклад.: В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. – К., 2013. – 24 с.

2. Ольхова І.В. Фармацевтический мониторинг основных групп лекарственных препаратов, применяемых для лечения гастритов и дуоденитов у детей / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2013. – № 2. – С 26-30.

3. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація ХХІ століття – крок у майбутнє». Запоріжжя – 2012. – №2 (9). – Додаток. – С. 212.

4. Ольхова І.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 7. – С. 45

5. Ольхова І.В. Формування оптимального асортименту лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації, - 2013. - № 2. С. 37-42.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Луганського державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 11.09. 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження
Завідуючий педіатричним
групом, лікар вищої
категорії

« 11 » 09 2013 р.



І.В. Ольхова

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Проректор з наукової роботи
 Національного фармацевтичного університету
 доктор медичних наук, професор
 С. М. Коваленко

Сервіс 2013 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методика фармакоеконімічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров. Валіховський, 2, м. Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Фармакоеконімічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. Рекомендації / уклад.: В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. – К., 2013. – 24 с.

2. Ольхова І.В. Фармацевтичний моніторинг основних груп лікарських препаратів, використовуваних для лікування гастритів і дуоденітів у дітей / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2013. – № 2. – С 26-30.

3. Ольхова І.В. Аналіз номенклатури лікарських засобів у регулюючих переліках для дітей / І.В. Ольхова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики: Матеріали конференції «Медицина та фармація ХХІ століття – крок у майбутнє». Запоріжжя– 2012. – №2 (9). – Додаток. – С. 212.

4. Ольхова І.В. Формулярна система в дитячій гастроентерології / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Міжнародна наукова конференція «Фундаментальні та прикладні проблеми медицини і біології» 16-23 жовтня 2012 р. ОАЕ (Дубай) / Міжнародний журнал прикладних і фундаментальних досліджень. – 2012. – № 7. – С. 45

5. Ольхова І.В. Формування оптимального асортименту лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, в умовах спеціалізованого стаціонару / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації, - 2013. – № 2. С. 37-42.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів кафедри організації та економіки фармації Національного фармацевтичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 10.06. 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоеконімічної оцінки фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоеконімічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

Зав. кафедри організації та економіки фармації
 доктор фармацевтичних наук, професор
 А.С. Немченко

"10" сервіс 2013 р.

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ
Перший проректор з навчальної
роботи
Львівського національного
медичного університету
ім.Данила Галицького
проф. М.Р.Гжегоцький
"10" січня 2013 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методичні підходи до створення переліків лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Трохимчук В.В. Аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, та можливість їх імпортозаміни / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова // Одеський медичний журнал. – 2012. – № 1(129). – С. 58-62.

2. Ольхова І.В. Дослідження арсеналу лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 4. – С. 114-119.

3. Ольхова І.В. Створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, О.І. Трохимчук // Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині: матеріали ювілейної конференції, присвяченої 10-річчю співпраці Одеського національного медичного університету та Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясауї (груд., 2011, Одеса) / МОНмолодьспорт України; МОЗ України; Одеський національний медичний університет; відп. ред.: Годлевський Л.С., Самченко І.О.; орг. ком.: Запорожан В.М. [та ін.]. – Одеса: Астропринт, 2011. – С. 64.

4. Ольхова І.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии/И.В. Ольхова, В.В.Трохимчук // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №7. – С. 146

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес провізорів кафедри ОЕФ та технології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

6. Термін впровадження: з 10. 01 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Оволодіння методами фармакоекономічного аналізу при захворюваннях дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, поглиблює знання слухачів з питань оцінки медичних технологій, що актуально при впровадженні системи реімбурсації ліків в Україні.		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармацевтичної допомоги хворим дітям в умовах лікувальних закладів

"10" 01 2013 р.

Відповідальний за впровадження:
Ст. викл. каф. ОЕФ та технології ліків
Канд.фарм.наук Ю.В.Качерай

Продовження додатку А

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор Тернопільського державного
медичного університету ім.І.Я.Горбачевського
проф.. І.Р.Мисула

"лютого" 2013 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методичні підходи до створення переліків лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Трохимчук В.В. Аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, та можливість їх імпортозаміни / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова // Одеський медичний журнал. - 2012. - № 1(129). - С. 58-62.

2. Ольхова І.В. Дослідження арсеналу лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Фармацевтичний часопис. - 2012. - № 4. - С. 114-119.

3. Ольхова І.В. Створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, О.І. Трохимчук // Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині: матеріали ювілейної конференції, присвяченої 10-річчю співпраці Одеського національного медичного університету та Міжнародного казахсько-турецького університету ім.. Х.А. Ясауї (груд., 2011, Одеса) / МОНмолодьспорт України; МОЗ України; Одеський національний медичний університет; відп. ред.: Годлевський Л.С., Самченко І.О.; орг.ком.: Запорожан В.М. [та ін.]. - Одеса: Астропринт, 2011. - С. 64.

4. Ольхова І.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В.Трохимчук //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - №7. - С. 146

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Тернопільського державного медичного університету ім..І.Я.Горбачевського

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 05.02 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Оволодіння методами фармакоекономічного аналізу при захворюваннях дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, поглиблює знання студентів з питань оцінки медичних технологій, що актуально при впровадженні системи реімбурсації ліків в Україні.		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармацевтичної допомоги хворим дітям в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження: зав.каф.управління та економіки фармації
проф.Грошовий Т.А

"05" 02 2013 р.

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор
Запорізького державного
медичного університету
Ю.М. Колесник

"30" травня 2013 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методичні підходи до створення переліків лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Трохимчук В.В. Аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, та можливість їх імпортозаміни / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова // Одеський медичний журнал. – 2012. – № 1(129). – С. 58-62.

2. Ольхова І.В. Дослідження арсеналу лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 4. – С. 114-119.

3. Ольхова І.В. Створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, О.І. Трохимчук // Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині: матеріали ювілейної конференції, присвяченої 10-річчю співпраці Одеського національного медичного університету та Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясауї (груд., 2011, Одеса) / МОНмолодьспорт України; МОЗ України; Одеський національний медичний університет; відп. ред.: Годлевський Л.С., Самченко І.О.; орг.ком.: Запорожан В.М. [та ін.]. – Одеса: Астропринт, 2011. – С. 64.

4. Ольхова І.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В.Трохимчук // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №7. – С. 146

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Запорізького державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 30.05, 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Оволодіння методами фармакоеконімічного аналізу при захворюваннях дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, поглиблює знання студентів з питань оцінки медичних технологій, що актуально при впровадженні системи реімбурсації ліків в Україні.		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармацевтичної допомоги хворим дітям в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри управління і економіки фармації, професор Є.Г.Книш

" 30 " 05 2013 р.

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар Луганської Державної
багатопрофільної лікарні №3
к.мед.н., Козіна С.М.

« 11 » _____ 2013 р



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методичні підходи до створення переліків лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Трохимчук В.В. Аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, та можливість їх імпортозаміни / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова // Одеський медичний журнал. – 2012. – № 1(129). – С. 58-62.

2. Ольхова І.В. Дослідження арсеналу лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 4. – С. 114-119.

3. Ольхова І.В. Створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, О.І. Трохимчук // Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині: матеріали ювілейної конференції, присвяченої 10-річчю співпраці Одеського національного медичного університету та Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясауї (груд., 2011, Одеса) / МОМолодьспорт України; МОЗ України; Одеський національний медичний університет; відп. ред.: Годлевський Л.С., Самченко І.О.; орг.ком.: Запорожан В.М. [та ін.]. – Одеса: Астропринт, 2011. – С. 64.

4. Ольхова І.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В.Трохимчук // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №7. – С. 146

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Луганського державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 11.09.2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Оволодіння методами фармакоекономічного аналізу при захворюваннях дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, поглиблює знання студентів з питань оцінки медичних технологій, що актуально при впровадженні системи реімбурсації ліків в Україні.		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармацевтичної допомоги хворим дітям в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

лікар гастроентеролог

« 11 » 09 2013 р.



Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар Луганської державної
багатопрофільної дитячої лікарні
к.мед.н., Козіна С.Ю.

« 11 » вересня 2013 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методичні підходи до створення переліків лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

1. Трохимчук В.В. Аналіз основних фармакотерапевтичних груп лікарських засобів для лікування дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, та можливість їх імпортозаміни / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова // Одеський медичний журнал. – 2012. – № 1(129). – С. 58-62.

2. Ольхова І.В. Дослідження арсеналу лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, В.В. Трохимчук // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 4. – С. 114-119.

3. Ольхова І.В. Створення інформаційних баз даних про лікарські засоби для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт / І.В. Ольхова, О.І. Трохимчук // Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині: матеріали ювілейної конференції, присвяченої 10-річчю співпраці Одеського національного медичного університету та Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясауї (зруд., 2011, Одеса) / МОНмолодьспорт України; МОЗ України; Одеський національний медичний університет; відп. ред.: Годлевський Л.С., Самченко І.О.; орг.ком.: Запорожан В.М. [та ін.]. – Одеса: Астропринт, 2011. – С. 64.

4. Ольхова І.В. Формулярная система в детской гастроэнтерологии / И.В. Ольхова, В.В.Трохимчук // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №7. – С. 146

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Луганського державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 11.09.2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Оволодіння методами фармакоекономічного аналізу при захворюваннях дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, поглиблює знання студентів з питань оцінки медичних технологій, що актуально при впровадженні системи реімбурсації ліків в Україні.		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармацевтичної допомоги хворим дітям в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження

Завідуючий педіатричного
групою лікар вищої
категорії

« 11 » 09 2013 р.



Л.І. Козіна

Продовження додатку А

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор,
доцент

Авраменко М.О.
14 вересня 2014 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методичні рекомендації «Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт»

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації, економіки фармації та фармагнозії Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. **Автор:** д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. **Джерело інформації.**

Трохимчук В.В. Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. рек. / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. – Одеса, 2013. – 24 с.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. **Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес кафедри управління і економіки фармації, медичного та фармацевтичного правознавства Запорізького державного медичного університету**

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. **Термін впровадження:** з 12.03. 2014 р.

7. **Ефективність впровадження** відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. **Зауваження, пропозиції.** Немає

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри управління і економіки фармації, медичного та фармацевтичного правознавства Запорізького державного медичного університету



д.фарм.н., професор Є.Г. Книш

"12" 03 2014 р.

Продовження додатку А


 «ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Перший проректор,
 доцент
 Авраменко М.О.
 "12 березня" 2014р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методичні рекомендації «Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт»

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації, економіки фармації та фармакогнозії Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

Трохимчук В.В. Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. рек. / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. – Одеса, 2013. – 24 с.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес кафедри клінічної фармації, фармакотерапії і управління та економіки фармації факультету післядипломної освіти Запорізького державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 12.03. 2014р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Немає

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри клінічної фармації,
фармакотерапії і управління та економіки
фармації Запорізького державного
медичного університету



д.мед.н., професор І.М. Білай

"12" 03 2014р.

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар Луганської державної
багатопрофільної дитячої лікарні
к.мед.н., Козіна С.Ю.

« 05 »

зрудне



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Фармакоеконімічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

Трохимчук В.В. Фармакоеконімічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. Рек. / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. – К., 2013. – 24 с.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Луганського державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 5.12.2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоеконімічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоеконімічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

лікар гастроентеролог



В.В. Дідура

« 05 » 12 2013 р.

Продовження додатку А

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар Луганської державної
багатопрофільної дитячої лікарні №3
к.мед.н., Козіна С.Ю.

« 05 »

грудня

2013 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації і економіки фармації Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

Трохимчук В.В. Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. Рек. / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. - К., 2013. - 24 с.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес студентів фармацевтичного факультету Луганського державного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 5.12. 2013 р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Продовжувати роботу щодо фармакоекономічних досліджень фармакотерапії в умовах лікувальних закладів

Відповідальний за впровадження:

Завідуючої педіатричного
групоного, лікар вищої
категорії

« 05 » 12 2013 р.



І.П. Козіна

Продовження додатку А



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Методичні рекомендації «Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт»

(назва пропозиції для впровадження)

2. Кафедра організації, економіки фармації та фармакогнозії Одеського національного медичного університету МОЗ України; адреса: пров.Валіховський, 2, м.Одеса, 65982.

3. Автор: д.фарм.н., професор Трохимчук В.В., асистент Ольхова І.В.

(установа-розробник, адреса, п.і.б. авторів)

4. Джерело інформації.

Трохимчук В.В. Фармакоекономічні підходи до фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт: метод. Рек. / В.В. Трохимчук, І.В. Ольхова. – Одеса, 2013. – 24 с.

(назва, рік видання, вихідні дані тощо)

5. Рекомендовано впровадити до використання у навчальний процес кафедри організації, економіки фармації та фармакогнозії Одеського національного медичного університету

(назва лікувально-профілактичного закладу)

6. Термін впровадження: з 09.10 2014р.

7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, що викладені в п.3

Показники	За даними	
	Розробників	установи, що впроваджує
Запропонована методика фармакоекономічних досліджень лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт		

8. Зауваження, пропозиції. Немає

Відповідальний за впровадження:
 / Зав. кафедри, професор

Рожковський Я.В.

" 9 " 10 2014р.

Додаток Б

ОПИТУВАЛЬНА АНКЕТА***Шановні колеги!***

Одеський національний медичний університет проводить дослідження думки фахівців з питань лікарського забезпечення хворих дітей на хронічний гастрит в період загострення в стаціонарних умовах.

Просимо Вас заповнити дану анкету. Ваші теоретичні знання та багатий практичний досвід дозволить провести всебічний аналіз асортименту запропонованих груп лікарських засобів.

Заздалегідь вдячні Вам за співпрацю!

I. Дата заповнення _____

II. Короткі відомості про лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ)

Назва ЛПЗ _____

Юридична адреса закладу _____

Кількість ліжок у стаціонарі _____

в т.ч. за профілем гастроентерологія _____

Кількість лікарів _____

в т.ч. за профілем гастроентерологія _____

III. Короткі відомості про себе:

Спеціальність _____

Посада _____

Кваліфікаційна категорія _____

Рік підвищення кваліфікації _____

Наявність наукового ступеня _____

Загальний лікувальний стаж _____

Стаж роботи за фахом _____

Вік _____

IV. Дайте оцінку в балах лікарським препаратам, що застосовуються для лікування гастриту та дуоденіту в стаціонарних та амбулаторних умовах, за наведеними нижче критеріями:

1. Ефективність препарату:

- | | | |
|--------------------------|---|------------|
| ✓ високоефективний | - | - 4 бали; |
| ✓ ефективний | - | - 3 бали; |
| ✓ малоефективний | - | - 2 бали; |
| ✓ практично неефективний | - | - 1 бал; |
| ✓ важко сказати | - | - 0 балів. |

2. Безпечність препарату (частота виникнення побічних дій):

- | | | |
|----------------------------|---|------------|
| ✓ безпечний | - | - 4 бали; |
| ✓ майже безпечний | - | - 3 бали; |
| ✓ багато побічних дій | - | - 2 бали; |
| ✓ дуже багато побічних дій | - | - 1 бал; |
| ✓ важко сказати | - | - 0 балів. |

3. Частота призначення препарату в Вашій лікувальній практиці:

- | | | |
|--------------------------------------|---|------------|
| ✓ призначається в більшості випадків | - | - 4 бали; |
| ✓ часто призначається | - | - 3 бали; |
| ✓ призначається в окремих випадках | - | - 2 бали; |
| ✓ не призначається | - | - 1 бал; |
| ✓ важко сказати | - | - 0 балів. |

4. Перспективність застосування препарату:

- | | | |
|----------------------|---|------------|
| ✓ дуже перспективний | - | - 4 бали; |
| ✓ перспективний | - | - 3 бали; |
| ✓ малоперспективний | - | - 2 бали; |
| ✓ неперспективний | - | - 1 бал; |
| ✓ важко сказати | - | - 0 балів. |

Якщо наведені переліки у таблиці 1 не повністю задовольняють потребу в препаратах для лікування захворювань, просимо Вас доповнити їх необхідними на Вашу думку лікарськими препаратами.

Таблиця 1

Мінімальний перелік лікарських препаратів, що застосовуються для лікування в стаціонарних та амбулаторних умовах дітей, хворих на хронічний гіперацидний гастрит, асоційований з *Helicobacter pylori*, в період загострення

№ п/п	Торгова назва препарату	Ефективність	Безпечність	Частота	Перспективність застосування
1	2	3	4	5	6
Антациди					
Сполуки алюмінію					
1	ФОСФАЛЮГЕЛЬ гель 20,0 №20				
Комбіновані препарати та комплексні сполуки					
1	АЛ МАГЕЛЬ, суспензія 170 мл фл.				
2	АЛТАЦИД, суспензія 200 мл фл.				
3	АЛТАЦИД, табл. № 16				
4	ГАСТАЛ табл. зі смаком м'яти, зі смаком вишні №24, №48, №30, №60				
Гідротальцит					
6	РУТАЦИД табл. для жування 0,500 № 20, № 60				
Антагоністи H₂-рецепторів					
Ранітидин					
1	ГІСТАК табл., вкр. обол. 0,15 №20; №100				
2	РАНИГАСТ 75 табл., вкр. обол. 0,075 № 10				
3	<u>РАНІТИДИН*</u> табл., вкр. обол. 0,15 №10; №10*10; №10*2				
4	<u>РАНІТИДИН-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ*</u> табл., вкр. обол. 0,3 №10; №20				
5	РАНТАК табл. 0,15 №20, №50				
6	РИНИТ табл. 0,15 №10, №10*10				
Фамотидин + Кальцію карбонат + Магнію гідроксид					
1	ГАСТРОМАКС табл. для жування № 10				
Інгібітори «протонного насоса»					
Оменпрозол					
1	ГАСЕК капс. 0,01; 0,02; 0,04 №14 у фл.				

Продовження додатку Б

1	2	3	4	5	6
2	ЛОСІД 20 капс. 0,02 №100				
3	ОМЕАЛОКС капс. по 0,01; 0,02 мг № 14, №28				
4	ОМЕЗИН капс. 0,02 №10, № 30, №100				
5	ОМЕП капс. 0,01; 0,02; 0,04 №14, №30				
6	<u>ОМЕПРАЗОЛ*</u> капс. 0,02 №10, №30				
7	ОСІД капс. 0,02 №10				
8	УЛЬТОП капс. 0,01; 0,02; 0,04 №14, №28				
<i>Пантопризол</i>					
1	<u>ЗОЛОПЕНТ</u> табл. 0,04 №14; №30				
2	КОНТРОЛОК табл., резист. до шлунк соку 0,02; 0,04 №14				
3	ПАНТАЗ табл., вкр. обол., кишковорозчинні 0,04 № 100				
4	ПАНТОПРАЗОЛ табл., вкр. обол., кишково-розчинні 0,04 № 10, №50				
5	ПАНТОСАНДОЗ табл., вкр. обол., кишково-розчинні 0,04 №14				
6	ПУЛЬЦЕТ табл., вкр. обол., кишковорозчинні 0,04 №4, №14; №28				
Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань					
<i>Альгінова кислота</i>					
1	ГАВІСКОН М'ЯТНА СУСПЕНЗІЯ суспензія по 150 мл, 300 мл у фл.				
2	ГАВІСКОН ТАБЛЕТКИ м'ятні, лимонні табл. жувальні №16, №24				
3	ГАВІСКОН ФОРТЕ м'ятна суспензія по 10 мл у пакетиках № 20; по 150 мл або по 300 мл у фл. № 1				
4	ГАВІСКОН ФОРТЕ м'ятні табл жувальні №16				
<i>Вісмуту субцитрат колоїдний</i>					
1	<u>ВІС-НОЛ</u> капс. 0,12 №10*10; №10*3				
2	ДЕ-НОЛ табл. 0,12 №112; №56				
<i>Пірензепін</i>					
1	<u>ГАСТРОТИПІН-ДАРНИЦЯ</u> табл. 0,025 № 10x2				
<i>Смектит діоктаедричний</i>					
1	<u>БЕНТА</u> пор. для пригот. суспензії для оральн. застос. по 3 г/3,76 г по 3,76 г у пак. № 10, №20, №30, №40				
2	СМЕКТА порошок для пригот. суспензії для пероральн. застос. (ванільний, апельсиновий) по 3 г у пакетиках № 10, №30				

Продовження додатку Б

1	2	3	4	5	6
Сукральфат					
1	СУКРАЛФАТ-ДАРНИЦЯ табл. 0,5 № 10x5				
2	ВЕНТЕР табл. 1,0 № 50				
Антибактеріальні засоби, що застосовуються для ерадикації Helicobacter pylori					
Азитроміцин					
1	АЗИВОК капс. по 0,250 № 6				
2	АЗИВОК Порошок для приготування 15 мл (200 мг/5 мл) суспензії для перорального застосування по 13,5 г у флаконах № 1 з мірною кришечкою				
3	АЗИМЕД капс. 0,25 №6;				
4	АЗИНОМ капс. 0,25 №6				
5	АЗИТРАЛ капс. 0,25 №6, №60;				
6	АЗИТРОКС 250 табл. 0,25 №6				
7	АЗИТРОКС® Порошок для 15 мл оральн. сусп. 200 мг /5 мл у фл. №1 та розчинник по 7,5 мл у фл. №1				
8	АЗИТРОМІЦИН* капс. 0,125, 0,25 №6; табл. 0,25 №6;				
9	АЗИТРОСАНДОЗ порошок для 20 мл (100 мг/5 мл); (200 мг/5 мл) сусп. флакон №1				
10	АЗІАДЖІО табл. 0,25 №6;				
11	ЗАТРИН табл. 0,25 №6				
12	ЗЕТАМАКС Гранули з модифікованим вивільненням для приготування суспензії для перорального застосування по 2,0 г у флаконах № 1				
13	ЗИТРОКС сусп. (100 мг/5 мл) 15 мл №1; сусп. (200 мг/5 мл) 15 мл №1				
14	ЗИТРОЦИН Порошок для приготування 30 мл (200 мг/5 мл) оральної суспензії у флаконах № 1				
15	СУМАМЕД Порошок по 400 мг для приготування 20 мл (100 мг/5 мл) суспензії для перорального застосування у флаконах № 1				
16	СУМАМЕД табл. 0,125 №6				
17	СУМАМЕД ФОРТЕ порошок для приготування сусп. 200 мг/5 мл 15 мл (600 мг) №1; 37,5 мл (1500 мг) №1; 30 мл (1200 мг) №1				
18	ХЕМОМІЦИН капс. 0,25 №6				
Амоксицилін					
1	АМОКСИЛ табл. 0,25 № 10*2; табл. 0,5 №10*2				

Продовження додатку Б

1	2	3	4	5	6
2	<u>АМОКСИЦИЛІН*</u> капс. 0,25; 0,5 №16; №20				
3	<u>АМОКСИЦИЛІН</u> Порошок для приготування 60 мл (125 мг/5 мл); (250 мг/5 мл); (500 мг/5 мл) суспензії по 20 г у флаконах № 1				
4	<u>АМОКСИЦИЛІН*</u> Гранули по 40 г для пригот. 100 мл (250 мг/5 мл) суспензії у флаконах № 1				
5	АМОКСИЦИЛІН СОЛЮТАБ – НОРТОН табл. з різними смаками 0,25 №20; 0,5 №20				
6	АМОФАСТ табл. 0,5 №20; табл. 0,375 №20				
7	В-МОКС капс. 0,5 №10, №20				
8	<u>ГРАМОКС-А</u> капс. 0,5 №12; №16, №20				
9	<u>ГРАМОКС-Д</u> порошок для приготув. 60 мл сусп. (125 мг/5 мл) №1; (250 мг/5 мл) №1				
10	ОСПАМОКС гранули для 60 мл (125 мг/5 мл) сусп. 18,0 №1; (250 мг/5 мл) сусп. 24,0 №1				
11	ОСПАМОКС ДТ табл. 0,5 №12; табл. 1,0 №12				
12	ОСПАМОКС капс. 0,25 №12				
13	ОСПАМОКС порошок 5,1 для 60 мл сусп. (125 мг/5 мл) №1; порошок 6,6 для 60 мл сусп. (250 мг/5 мл) №1				
14	ОСПАМОКС табл. 0,5 №12; табл. 1,0 №12				
15	ФЛЕМОКСИН СОЛЮТАБ табл. 0,125 №20 (5*4); табл. 0,25 №20 (5*4); табл. 0,5 №20 (5*4)				
16	ХІКОНЦІЛІ капс. 0,25 №16; 0,5 №16				
17	ХІКОНЦІЛІ порошок для приготування 100 мл суспензії для перорального застосування, 250 мг/5 мл у флаконах № 1; порошок для 60 мл (125 мг/5 мл) сусп. №1				
<i>Кларитроміцин</i>					
1	АЗИКЛАР 250 табл. 0,25 №10				
2	ЕЗЕКЛАР-ОД табл. пролонгованої дії, вкриті плівковою оболонкою, 0,5 № 7				
3	КЛАРБАКТ таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,250 № 28				
4	<u>КЛАМЕД</u> табл. 0,25 №7*2				
5	КЛАРИМАКС табл. 0,25 №10				
6	КЛАРИТ 250 Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг № 14 (7x2)				

Продовження додатку Б

1	2	3	4	5	6
7	КЛАРИТ ОД Таблетки пролонгованої дії, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг № 7				
8	КЛАРИТ ДС 125 Гранули для приготування 50 мл оральної суспензії (125 мг/5 мл) у флаконах № 1				
9	Кларитро САНДОЗ табл. 0,25 №14				
10	<u>КЛАРИТРОМІЦИН*</u> табл. 0,25 №10				
11	КЛАРИТРОСАНДОЗ XL табл. 0,5 №7, №14				
12	<u>КЛАРИЦИН</u> таблетки, вкр. плівк. оболонкою, 0,25 № 7, №14				
13	<u>КЛАРИЦИТ</u> табл. 0,25 №10, №20				
14	КЛАЦИД гранули для 100 мл (125 мг/5 мл) №1; (250 мг/5 мл) №1				
15	КЛАЦИД СР табл. 0,5 №14; №5; №7				
16	КЛАЦИД табл. 0,25 №10				
17	КЛЕРОН-МАКСФАРМА Порошок для приготування 100 мл суспензії для внутрішнього застосування, 125 мг/ 5 мл у флаконах № 1				
18	КЛЕРОН-МАКСФАРМА табл. 0,25 №14				
19	ЛЕКОКЛАР Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг № 14				
20	МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг №14				
21	ФРІ-МАКС 250 Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг № 2, № 14				
22	ФРІ-МАКС ОД Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 500 мг № 2, №7				
23	ФРОМІЛІД гранули 25,0 для приготування 60 мл сусп. (125 мг/5 мл) №1; (250 мг/5 мл) №1				
24	ФРОМІЛІД табл. 0,25 №14				
25	ФРОМІЛІД УНО Таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг № 5, №7, №14				
<i>Рокситроміцин</i>					
1	РОКСИД КІДТАБ табл. 0,05 №10; №100				
<i>Фуразолідон</i>					
1	<u>ФУРАЗОЛІДОН</u> табл. 0,05 №10; №20; №100; №200				
<i>Прокінетики</i>					
<i>Домперидон</i>					
	БРЮЛІУМ ЛІНГВАТАБС табл. 0,01 №20				
	<u>ГАСТРОПОМ-АПО</u> табл. 0,01 №30 у контейнерах				

Продовження додатку Б

	ДОМІДОН табл. 0,01 №10; №30				
	ДОМПЕРИДОН табл. 0,01 №20				
	ДОМРИД сусп. 1 мл/мг 100 мл				
	ДОМРИД табл. 0,01 №10; №30				
	МОТИЛУМ табл. 0,01 №10; №30				
	МОТИЛУМ® ЛІНГВАЛЬНИЙ Таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, 0,01 №10, № 30				
	МОТИНОЛ табл. 0,01 №30				
	МОТИНОРМ табл. 0,01 № 10*3				
	МОТИНОРМ, Сироп 5 мг/5 мл по 30 мл у флаконі				
	МОТОРИКС Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг № 10, №30				
	МОТОРИКУМ табл. 0,01 №10*2				
	НАУСИЛУМ 0,01 №30; №10				
	ПЕРИДОН Таблетки по 0,01 г № 10, №30				
	ПЕРІДОНІУМ Таблетки по 10 мг № 10 у блістерах				
	ПЕРИЛУМ табл. 0,01 №30				
Ітоприду гідрохлорид					
	ПРАЙМЕР Таблетки, вкриті оболонкою, 0,05 мг № 10				
Метоклопрамід					
	МЕТОКЛОПРАМІД табл. 0,01 №10, №20, №50				
	ЦЕРУКАЛ табл. 0,01 №50				
Спазмолітичні засоби					
Атропін					
	АТРОПІН-ДАРНИЦЯ Розчин для ін'єкцій, 1 мг/мл по 1 мл в ампулах № 10				
	АТРОПІНУ СУЛЬФАТ Розчин для ін'єкцій, 1 мг/мл по 1 мл в ампулах № 10				
Гіосцин бутилбромід					
	БУСКОПАН Таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг № 20				
	СПАЗМОБРЮ Розчин для ін'єкцій, 20 мг/2 мл по 2 мл в ампулах № 10				
	СПАЗМОБРЮ Таблетки по 10 мг № 20				
Дротаверин					
	ДОЛЧЕ-40 Таблетки, вкриті оболонкою, по 40 мг № 20, №100				
	ДРОТАВЕРИН табл. 0,04 №10; №20, №30				

Продовження додатку Б

1	2	3	4	5	6
	ДРОТАВЕРИН ФОРТЕ Таблетки по 80 мг № 20				
	<u>ДРОТАВЕРИНУ ГІДРОХЛОРИД*</u> Таблетки по 0,04 г № 10, №20				
	<u>НО-Х-ША</u> Розчин д/ін, 20 мг/мл по 2 мл, амп. № 5				
	<u>НО-Х-ША</u> табл. 0,04 №10*3				
	<u>НО-Х-ША</u> Супозиторії ректальні по 0,04 г № 10				
	НО-ШПА табл. 0,04 №100; №20; №60				
	НО-ШПА ФОРТЕ табл. 0,08 №20				
Папаверин та його похідні					
	<u>ПАПАВЕРИН</u> Супозиторії ректальні по 20 мг № 5x2				
	<u>ПАПАВЕРИН</u> табл. 0,01 №10				
	<u>ПАПАВЕРИНУ ГІДРОХЛОРИД*</u> Розчин д/ін, 2% по 2 мл в ампулах № 10				
Прифінію бромід					
	РІАБАЛ сироп 7,5 мг/5 мл 60 мл №1				

Примітки.

1. Препарати вітчизняного виробництва підкреслені та виділені жирним шрифтом, наприклад, **ВІС-НОЛ**, а іноземного виробництва вказані звичайним шрифтом – наприклад, ДЕ-НОЛ.
2. Препарати на українському ринку присутні як вітчизняного, так і іноземного виробництва, наприклад, **РАНІТИДИН***

Таблиця 2

Мінімальний перелік лікарських препаратів, що застосовуються для лікування в стаціонарних та амбулаторних умовах дітей, хворих на хронічний гіпоацидний гастрит в період загострення

№ п/п	Торгова назва препарату	Ефективність	Безпечність	Частота	Перспективність застосування
1	2	3	4	5	6
Стимулятори шлункової секреції					
Комбінації ферментних і кислотовмісних препаратів					
1	АЦИДИН-ПЕПСИН Табл. № 50				

Продовження додатку Б

	<i>Засоби, що підвищують апетит</i>				
1	ПОДОРОЖНИКА СІК Рідина для пероральн. застос. по 100 мл у флаконах				
	<i>Інші засоби для лікування кислотно-залежних захворювань</i>				
1	ПЛАНТАГЛЮЦИД-ЗДОРОВ'Я Гранули по 2 г у пакетах № 1, № 10, № 30				
2	ПЛАНТАЦИД Гранули по 2 г у пакетах № 4, № 10, № 30				
	<i>Засоби, які посилюють захист слизової та поліпшують регенерацію</i>				
	<i>Альгінова кислота</i>				
1	ГАВІСКОН М'ЯТНА СУСПЕНЗІЯ суспензія для перорального застосування по 150 мл, 300 мл у флаконах				
2	ГАВІСКОН ТАБЛЕТКИ м'ятні, лимонні табл. жувальні №16, №24				
3	ГАВІСКОН ФОРТЕ м'ятна суспензія для перорального застосування по 10 мл у пакетиках № 20; по 150 мл або по 300 мл у флаконах № 1				
4	ГАВІСКОН ФОРТЕ м'ятні табл жувальні №16 (8x2)				
	<i>Вісмуту субцитрат колоїдний</i>				
1	ВІС-НОЛ капс. 0,12 №10*10; №10*3				
2	ДЕ-НОЛ табл. 0,12 №112; №56				
	<i>Пірензенін</i>				
1	ГАСТРОТИПІН-ДАРНИЦЯ табл. 0,025 № 10x2				
	<i>Смектит діоктаедричний</i>				
1	БЕНТА пор. для пригот. суспензії для орального застосування по 3 г/3,76 г по 3,76 г у пакетиках № 10, №20, №30, №40				
2	СМЕКТА порошок для пригот. суспензії для перорального застосування (ванільний, апельсиновий) по 3 г у пакетиках № 10, №30				
	<i>Сукральфат</i>				
1	СУКРАЛФАТ-ДАРНИЦЯ табл. 0,5 № 10x5				
2	ВЕНТЕР табл. 1,0 № 50				
	<i>Інші препарати, що не увійшли до списку</i>				

Примітки.

1. Препарати вітчизняного виробництва підкреслені та виділені жирним шрифтом, наприклад, **ПОДОРОЖНИКА СІК**, а іноземного виробництва вказані звичайним шрифтом – наприклад, АЦИДИН-ПЕПСИН.

V. Оберіть фактори, що впливають на призначення Вами препаратів для лікування гастриту та дуоденіту в стаціонарних та амбулаторних умовах (обране відмітити позначкою «X»):

1.	Існуючі схеми лікування	
2.	Стадія захворювання	
3.	Ефективність препарату	
4.	Відносна відсутність побічних реакцій	
5.	Ціна препарату	
6.	Фірма-виробник препарату	
7.	Інші фактори	

VI. Вкажіть, яким виробникам Ви віддаєте перевагу при призначенні препаратів для лікування гастриту та дуоденіту в стаціонарних та амбулаторних умовах (обране відмітити позначкою «X»):

1.	Більше вітчизняним препаратам	
2.	Більше імпортом препаратами	
3.	В рівній мірі тим та іншим	

VII. Вкажіть, яким з нижченаведених джерел інформації про лікарські засоби Ви віддаєте перевагу (обране відмітити позначкою «X»):

1.	Власний досвід	
2.	Дані доказової медицини	
3.	Поради колег та провізорів	
4.	Інформація від медичних працівників	
5.	Реклама в ЗМІ	
6.	Інформація, отримана на конференціях, конгресах тощо	
7.	Інформація, отримана у фахових наукових виданнях	
8.	Інші джерела інформації:	

Додаток В

Порівняльний аналіз регулюючих переліків лікарських засобів для лікування хворих дітей на гастрит і дуоденіт

№ п/п	Міжнародна непатентована назва	АТХ-код	Національний перелік основних ЛЗ і виробів медичного призначення (2009)	Приблизний перелік ВООЗ основних ЛЗ для дітей (2011)	Державний формуляр ЛЗ України (2011)	Перелік ЛЗ вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів (1996)	Протоколи лікування хронічного гастриту і гастродуоденіту у дітей (2010)	Довідник ЛЗ України (2011)	Британський національний формуляр для дітей (2011-2012)	Перелік ЛЗ, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів (2012)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Амоксицилін	J01C A04	+	+	+	+	+	+	+	
2.	Рокситроміцин	J01F A06			+		+	+	-	
3.	Кларитроміцин	J01F A09			+		+	+	+	
4.	Азитроміцин	J01F A10	+		+		+	+	-	
5.	Метронідазол	J01XD01			+			+	+	+
6.	Тетрациклін	J01AA07			+			+		
7.	Фуразолідон	G01A X06			+	+	+	+		
8.	Альгінова кислота	A02B X13			+		+	+	+	
9.	Вісмуту субцитрат колоїдний	A02B X05			+		+	+		+
10.	Пірензепін	A02B X03			+	+	+	+		
11.	Сукральфат	A02B X02			+	+	+	+	+	+
12.	Смектит діоктаедричний	A07B C05			+		+			+
13.	Ранітидин	A02B A02	+	+	+	+	+	+		+
14.	Фамотидин	A02BA03			+			+		+
15.	Фамотидин + Кальцію карбонат + Магнію гідроксид	A02B A03			+			+		
16.	Омепразол	A02B C01		+	+	+	+	+	+	+

Продовження додатку В

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
17.	Пантопрозол	A02B C02			+		+	+	-	
18.	Лансопрозол	A02B C03			+			+	+	
19.	Езомеппрозол	A02B C05			+			+	+	
20.	Рабеппрозол	A02BC04			+			+		
21.	Алюмінію фосфат	A02A B03			+		+	+		+
22.	Алюмінію гідроксид + Магнію гідроксид	A02A D01			+		+	+	+	
23.	Гідротальцит	A02A D04			+		+	+	+	+
24.	Трисилікат магнію	A02AD01						+	+	
25.	Домперидон	A03F A03			+		+	+	+	+
26.	Ітоприду гідрохлорид	A03F A			+		+	+		
27.	Метоклопрамід	A03F A01	+	+	+	+	+	+	+	
28.	Еритроміцин	J01F A01	+	+				+	+	
29.	Атропін	A03B A01	+		+	+	+	+		
30.	Гіосцин бутилбромід	A03B B01			+		+	+	+	
31.	Папаверин та його похідні	A03A D01			+	+	+	+		
32.	Дротаверин	A03A D02			+	+	+	+		
33.	Прифінію бромід	A03A B18			+		+	+		
34.	Дицикломін гідрохлорид	A03AA07						+	+	
35.	Пропантелін	A03AB05							+	
36.	Альверин	A03AX58							+	
37.	Мебеверин	A03AA04			+			+	+	+
38.	Пінаверіум бромід	A03AX04			+			+		
39.	Олія м'яти перцевої	A04A D20						+	+	
40.	Ацидин + Пепсин	A09A C01			+		+	+		+
41.	Подорожник великий	A02X			+	+	+	+		+
42.	Подорожника сік	A15			+	+	+	+		+
43.	Всього:		6	5	36	12	27	40	20	14

Примітка. «+» - ЛЗ наявні в переліках

Додаток Д

**Результати комплексного АВС/VEN-частотного аналізу лікарських призначень дітям,
хворим на гастрит і дуоденіт**

п/п	INN ЛЗ	АТХ-код	Торгова назва, лікарська форма та дозування	Кількість призначень		Витрати, грн. (роздрібні ціни)		VEN
				Абс.	%	Абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Група А								
1.	Поліферментні препарати (ліпаза, протеаза та ін.)	A09AA02	Креон 10000 капс.150мг №20 у фл.	23	1,46	2741,74	4,78	N
			Креон 25000 капс.300мг №20 у фл.	2	0,13	141,38	0,25	
			Пангрол 10000 капс. №20	2	0,13	102,16	0,18	
			Пангрол 20000 капс. N 20	1	0,06	51,08	0,09	
			ПАНЗИНОРМ® 10000 Капсули № 21	22	1,39	1625,47	2,83	
			ПАНКРЕАТИН ДЛЯ ДІТЕЙ табл., вкриті оболонкою, кишковорозчинні № 10x2	30	1,90	349,39	0,61	
			ФЕСТАЛ® Драже № 20	10	0,63	273,49	0,48	
			Мезим Форте табл. в/о №20	25	1,58	514,63	0,90	
2.	Алюмінію гідроксид + Магнію гідроксид	A02AD01	Маалокс сусп.250мл	12	0,76	536,37	0,94	E
			Маалокс табл.жув. № 20(10x2)	4	0,25	46,42	0,08	
			Маалокс сусп.15мл №30 в пак.	32	2,03	2864,99	5,00	
			Алмагель сусп. 170 мл у фл.	53	3,36	2153,5	3,76	
3.	Домперидон	A03FA03	Мотиліум табл. 10 мг №30	14	0,89	881,33	1,54	E
			Домперидон-стома Таблетки по 10 мг № 30	1	0,06	31,98	0,06	
			Моторикс Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг № 10x3 у блістерах	43	2,72	1516,47	2,64	
			Моторикум табл. по 10 мг № 10x2 у блістерах	42	2,66	1486,03	2,59	
			Домідон® Табл., в/о, по 10 мг № 10, № 30	58	3,68	1453,76	2,53	

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.	Вісмуту субцитрат колоїдний	A02BX05	Де-Нол табл.120мг №112	45	2,85	2556,53	4,46	E
			Гастро-Норм табл. 120мг №40	43	2,72	678,82	1,18	
			Віс-Нол капс.120мг № 30(10x3)	16	1,01	365,26	0,64	
5.	Алюмінію фосфат	A02AB03	Фосфалюгель 20,0 №20 у пак.	76	4,82	3452,22	6,02	E
6.	Кларитроміцин	J01FA09	Кларитроміцин табл. в/о 500мг№10	6	0,38	114,4	0,20	E
			Кларитроміцин табл. 250мг №10	16	1,01	712,12	1,24	
			Клацид табл. 250 мг № 10	9	0,57	934,24	1,63	
			Клеримед 500 табл. в/о 500 мг № 14	2	0,13	219,78	0,38	
			Клацид сусп.125мг/5мл 100мл	1	0,06	111,7	0,19	
			Клабакс табл. в/о 500мг № 10	1	0,06	74,82	0,13	
			Фромілід табл. в/о 250 мг № 14	2	0,13	161,69	0,28	
			Фромілід табл. в/о 500 мг № 14	2	0,13	221,96	0,39	
7.	Різні препарати для лікування захворювань жовчовивідних шляхів, включаючи комбінації	A05AX10	Артихол табл. в/о 0,2г № 30	14	0,89	341,5	0,60	N
			Алохол табл., вкриті плівковою оболонкою, № 50, у блістерах	33	2,09	366,66	0,64	
			Хофітол табл. в/о 200 мг №60	13	0,82	251,69	0,44	
			Хофітол 120 мл у фл.	2	0,13	140,34	0,24	
			Артишока Екстракт-Здоров'я капс. 100 мг № 60 (10x6) у блістерах	8	0,51	106,41	0,19	
			Фламін таб. 50 мг №30	15	0,95	379,11	0,66	
8.	Омепразол	A02BC01	Омепразол капс. 0,02 г № 10	14	0,89	70,35	0,12	E
			Омез капс. 20 мг № 30	6	0,38	128,65	0,22	
			Омеп капс. 20 мг №14	22	1,39	1338,21	2,33	
9.	Фамотидин	A02BA03	Фамотидин табл. 20мг №20	28	1,77	132,03	0,23	E
			Квамател табл. 20 мг №28	55	3,49	1381,84	2,41	
			КВАМАТЕЛ МІНІ Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг № 14 (14x1) у блістерах	2	0,13	15,64	0,03	

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.	Гепатотропні різні препарати (комбіновані)	A05BA50	Гепафорте капс. № 30 (10x3) у блістерах	1	0,06	41,31	0,07	N
			ГАЛСТЕНА® Краплі оральні по 50 мл, у флаконах - крапельницях № 1	34	2,15	1197,35	2,09	
			ЕНЕРЛІВ® Капс. м'які по 300 мг № 30 у блістерах	2	0,13	98,88	0,17	
			ЕССЕНЦІАЛІС® ФОРТЕ Н капс. 300 мг № 30	2	0,13	168,80	0,29	
11.	Даларгін	A02X	Даларгін-фармсинтез Р-н д/ін, 1 мг/мл по 1мл в ампулах № 10	11	0,70	1492,26	2,60	E
12.	Лактулоза	A06AD11	Дуфалак сироп 200мл №1	17	1,08	1280,45	2,23	N
			Нормолакт сироп, 670 мг/мл 100 мл, банка № 1	1	0,06	27,55	0,05	
			Лактувіт Сироп, 3,335 г/5 мл по 100мл у флаконах полімерних №1	3	0,19	153,41	0,27	
13.	Платифілін	A03AX12	ПЛАТИФІЛІН-ЗДОРОВ'Я Р-н для ін'єкцій, 2 мг/мл по 1 мл в ампулах № 10 в коробці	65	4,12	1378,12	2,40	E
14.	Амоксицилін	J01CA04	Амоксицилін капс. 0,5г №20	18	1,14	219,05	0,38	V
			Флемоксин Солютаб 250мг №20	5	0,32	304,05	0,53	
			Флемоксин Солютаб 500мг № 20	14	0,89	571,05	1,00	
			Флемоксин Солютаб 1000мг №20	1	0,06	77,82	0,14	
			Амоксил табл. по 250 мг № 10x2	7	0,44	74,31	0,13	
			Амоксил табл. по 500 мг № 10x2	5	0,32	82,83	0,14	
15.	Цефтріаксон	J01DD04	Цефтріаксон 1,0 №1 у фл.	2	0,13	173,39	0,30	N
			Медаксон 1,0 №10 у фл.	4	0,25	928,13	1,62	
16.	Прифінію бромід	A03AB18	Ріабал табл. в/о 30 мг №20	23	1,46	731,99	1,28	E
			Ріабал Розчин для ін'єкцій, 7,5 мг/мл по 2 мл в ампулах № 6	2	0,13	116,28	0,20	
			Ріабал сироп 7,5мг/5мл 60мл	6	0,38	359,45	0,63	

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.	Апротинин	B02AB01	Контрикал амп. №10	3	0,19	956,31	1,67	N
18.	Лактобактерії, комбінації	A07FA51	Лактовіт форте капсул. №30	5	0,32	184,5	0,32	N
			Йогурт / Yogurt капсули по 2 млрд активних клітин № 30	3	0,19	98,09	0,17	
			Лаціум (Lacium) Порошок для оральної суспензії по 1,5 г у саше №14	9	0,57	594,77	1,04	
19.	Інші мікроорганізми, комбінації	A07FA50 **	БІФІФОРМ® Капсули тверді, кислотостійкі № 30	20	1,27	871,46	1,52	N
			Біоспорин-Біофарма Порошок для оральної суспензії по 1 дозі у флаконах № 10	1	0,06	98,37	0,17	N
20.	Алюмінію гідроксид; магнію гідроксид; бензокаїн	A02AB10	Алмагель А сусп.170мл	22	1,39	815,09	1,42	E
21.	Лактобактерії	A07FA01	Лацидофіл капсул. №20	6	0,38	575,98	1,00	N
			Лінекс капсул. № 32	10	0,63	200,16	0,35	
22.	Інші кардіолгічні препарати	C01EB23**	ТІОТРИАЗОЛІН Розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл по 2 мл в ампулах № 10 (10x1), по 4 мл в ампулах № 10 (5x2)	15	0,95	734,25	1,28	N
<i>Всього за групою А: 22 INN ЛЗ (21,6% INN)</i>				1122	71,10	45631,62	79,6	
23.	Амоксицилін + клавуланова кислота	J01CR02	Аугментин 0,6 №10 у фл.	1	0,06	538,00	0,94	N
			Флемоклав солютаб Таблетки, що диспергуються, 500 мг/125 мг № 20	1	0,06	115,82	0,20	
24.	Інші	A07BC10**	Ентеросгель з солодким смаком Паста для перорального застос., 69,9 г/100 г по 270 г	9	0,57	616,22	1,07	N
			Полісорб МП Порошок для приготування суспензії по 12 г у пляшках № 1	1	0,06	64,35	0,11	

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
25.	Мебеверину гідрохлорид	A03AA04	ДУСПАТАЛІН® Капсули пролонгованої дії, тверді по 200 мг № 30	9	0,57	471,29	0,82	E
			Меверин капс. 0.2г N30	5	0,32	216,15	0,38	
26.	Інші препарати	A03AX20**	Гастритол «Др. Кляйн» каплі 50мл	3	0,19	89,46	0,16	N
			ІБЕРОГАСТ® Краплі оральні 20 мл у флаконах № 1	5	0,32	480,4	0,84	
27.	Дротаверин	A03AD02	НО-ШПА Розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 2 мл в ампулах № 25	3	0,19	23,32	0,04	E
			Но-шпа 40 мг амп. 2 мл №25	25	1,58	461,68	0,81	
			Но-шпа табл. 40 мг №20	16	1,01	33,17	0,06	
			НО-Х-ША® Розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 2 мл в ампулах № 5	3	0,19	31,40	0,05	
28.	Пантопразол	A02BC02	Пантопразол табл. в/о кишковорозчинні 0,04 г № 10	3	0,19	68,70	0,12	E
			Проксіум табл. в/о 0,04 г №30	16	1,01	274,26	0,48	
			Нольпаза табл. 0,02 г №28	2	0,13	54,73	0,10	
			Контролок табл. 0,02 г №14	2	0,13	115,57	0,20	
29.	Електроліти в комбінації з іншими препаратами	B05BB04	Реосорбілакт 200мл у фл.	7	0,44	486,14	0,85	N
30.	Альтан	A02X	АЛЬТАН Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг № 100 (20x5) у блістерах у пачці	35	2,22	345,71	0,60	E
			ПЛАНТАГЛЮЦИД-ЗДОРОВ'Я Гранули, 2 г по 2 г, № 25 (№ 2x10)	1	0,06	75,83	0,13	
31.	Ампіцилін і інгібітор ферменту	J01CR01	Ампісульбін 1,5 №1 у фл.	1	0,06	375,24	0,65	N

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
32.	Осельтамивир	J05AH02	Таміфлю капс. 75мг №10	1	0,06	353,82	0,62	N
33.	Фуразолідон	G01AX06	Фуразолідон Табл. 50 мг № 10	34	2,15	259,22	0,45	E
34.	Різні препарати, включаючи комбінації	G04B X50**	Канефрон Н табл. в/о №60	1	0,06	70,62	0,12	N
			Канефрон Н Краплі оральні по 100 мл у фл. з дозуючим крапельним пристроєм	4	0,25	185,32	0,32	
35.	Симетикон	A03AX13	ЕСПУМІЗАН®Капсули м'які по 40 мг № 50 (25x2) у блістерах	4	0,25	250,82	0,44	N
36.	Орнідазол	P01AB03	Тиберал табл.в/о 500 мг № 10	2	0,13	244,69	0,43	N
37.	Кислота урсодезоксіолева	A05A A02	Урсофальк капсули по 250 мг № 10 (10x1), у блістерах	1	0,06	66,89	0,12	N
			Урсохол® Капсули по 250 мг №10x5, у контурних чарункових упаковках	1	0,06	174,48	0,30	
38.	Амікацин	J01GB06	Амікацину сульфат 250 мг №1 у фл.	4	0,25	240,5	0,42	N
39.	Інтерферон альфа-2b	L03AB05	Назоферон каплі 100 000МЕ 5мл № 1	6	0,38	219,56	0,38	N
40.	Комплекс вітамінів групи В з мінералами, магнію лактату дигідрат та піридоксину гідрохлорид	A11EC	Магне-В6 табл. в/о №50	2	0,13	154,23	0,27	E
			Магнікум Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, кишковорозчинні № 50 (10x5) у блістерах	1	0,06	48,34	0,08	
41.	Омепразол, амоксицилін и кларитроміцин	A02BD05	Пілобакт нео табл. № 42	1	0,06	170,07	0,30	E
42.	Амброксол	R05CB06	Лазолван табл. 30мг №20	1	0,06	27,91	0,05	N
			Лазолван Сироп, 15 мг/5 мл 100 мл фл.№ 1	1	0,06	106,62	0,19	
			Амброксол Сироп, 30 мг/5 мл по 100 мл	3	0,19	53,87	0,09	
			Амброксол табл. 30 мг № 20	1	0,06	2,97	0,01	

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
43.	Сума алкалоїдів красавки в комбінації з анальгетиками	A03D B02**	БЕЛАСТЕЗИН Таблетки № 10 (10x1) у блістерах	20	1,27	185,46	0,32	Е
44.	Різні препарати для лікування захворювань ШКТ та обміну речовин	A16AX	Екстракт Алое 1мл № 10 в амп.	6	0,38	134,33	0,23	Е
			Солкосерил дентальна адгезивна паста Паста по 5 г у тубах	2	0,13	49,05	0,09	
			Гастрофіт збір по 100,0	1	0,06	23,20	0,04	
45.	Енісаміуму йодид	J05AX11**	Амізон табл. в/о 0.125 № 10	2	0,13	103,44	0,18	N
			Амізон табл. в/о 0. 25 № 10	3	0,19	73,89	0,13	
46.	Деквалиний	R02AA02	Декатилен табл. д/розсмокт. № 20, № 40	2	0,13	101,79	0,18	N
47.	Арбідол	J05AX11**	Арбідол табл. в/о 0,05 №10	1	0,06	163,5	0,29	N
48.	Метронідазол	J01XD01	Метронідазол табл.0,25г №10	15	0,95	162,26	0,28	N
49.	Лансопразол	A02BC03	Ланзап капс. 30 мг №20	3	0,19	161,45	0,28	Е
50.	Силімарин, комбінації	A05BA53**	ГЕПАБЕНЕ капс.тверді № 30	1	0,06	66,89	0,12	N
			ЛЕВАСИЛ капс. 70 мг № 30 (10x3) у стрипах	1	0,06	91,54	0,16	
<i>Всього за групою В 28 INN ЛЗ (27,4% INN)</i>				<i>273</i>	<i>17,3</i>	<i>8884,17</i>	<i>15,5</i>	
51.	Корінь валеріани	N05CM09	Валеріани екстракт табл. 20 мг № 50	4	0,25	8,13	0,01	Е
			Персен табл. в/о №40	5	0,32	132,09	0,23	
52.	Орнідазол	J01XD03	ОРНІДАЗОЛ-КВ Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,5 г № 10 (10x1) у блістерах	7	0,44	147,19	0,26	N
53.	Сукральфат	A02BX02	Вентер табл. 1,0 г № 50	2	0,13	127,59	0,22	Е
54.	Смектит діоктаедричний	A07BC05	Смекта 3,0 №10 у пак.	2	0,13	118,5	0,21	Е
55.	Натрію хлорид	B05XA03	Натрію хлорид 0,9% 200 мл у фл.	3	0,19	54,53	0,10	N
			Натрію хлорид 0,9% 100 мл у фл.	3	0,19	4,90	0,01	
			Натрію хлорид Розчин для ін'єкцій, 9 мг/мл по 2 мл у контейнерах № 10	12	0,76	66,64	0,12	

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
56.	Пітофенон в комбінації з анальгетиками	A03DA02	Баралгетас амп.5мл № 5	2	0,13	38,04	0,07	N
			Баралгетас табл. № 100	3	0,19	59,98	0,10	
			СПАЗМАЛГОН® табл. № 20(10x2) у блістерах	2	0,13	16,34	0,03	
57.	Інші препарати, включаючи комб.	N05CM50**	Ново-пасит розчин оральн. 100 мл у фл.	1	0,06	87,69	0,15	E
			Седафітон табл.№ 24	1	0,06	16,99	0,03	
58.	Вітамін В1	A11DA	Кокарбоксилази г/х амп. 50 мг №10	6	0,38	105,67	0,18	E
59.	Різні комбіновані кардіологічні препарати	C01EX	ПУМΠΑН® Краплі оральні по 50 мл у флаконах-крапельницях № 1	1	0,06	60,40	0,11	N
			ТОНГНАЛ® Краплі оральні по 20мл, у флаконах з крапельним дозатором № 1	1	0,06	40,80	0,07	
60.	Различные антисептики	R02AA20	Хлорофіліпт Спрей по 15 мл у контейнерах № 1 у пачці з картону	1	0,06	11,58	0,02	N
			Хлорофіліпт Таблетки по 25 мг № 40	1	0,06	7,34	0,01	
			Інгаліпт Аерозоль 30 мл у балонах з розпилювачем № 1	4	0,25	69,25	0,12	
			Септефрил табл. по 0,2 г № 10	1	0,06	4,10	0,01	
61.	Ондансетрон	A04AA01	Осетрон 4 мг №5в амп.	2	0,13	89,92	0,16	N
62.	Фуразидин	J01XE03**	ФУРАГІН табл. 50 мг № 30 (10x3) у блістерах	1	0,06	29,33	0,05	N
			ФУРАМАГ® капс. 50 мг № 30 (10x3) у блістерах	1	0,06	56,35	0,10	
63.	Пінаверію бромід	A03A X04	Дицетел табл., вкриті плівк. оболонкою, по 50 мг № 20 (20x1) у блістерах	1	0,06	84,71	0,15	E
64.	Мебікар	N05BX05**	Адаптол табл. 300 мг № 20	2	0,13	82,96	0,14	N
65.	Інтерферон альфа-2 рекомбінантний людини	L03AB01	Виферон –Ферон 150 000 МЕ №10 в суп.	1	0,06	79,35	0,14	N
66.	Декстроза	B05CX01	Глюкоза 5% 200 мл у фл.	8	0,51	78,52	0,14	N

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
67.	Метоклопрамід	A03FA01	МЕТОКЛОПРАМІД-ЗДОРОВ`Я Р-н для ін'єкцій 0,5 % по 2 мл в ампулах № 10	1	0,06	18,68	0,03	V
			ЦЕРУКАЛ® Табл. 10 мг № 50 у фл. № 1	1	0,06	57,95	0,10	
68.	Інозину пранобекс	J05AX05	Гропринозин табл. 500 мг №20	1	0,06	71,3	0,12	N
69.	Гліцин	N07XX	Гліцисед табл. 0.1 №50	6	0,38	70,04	0,12	E
70.	Силімарин	A05BA03	КАРСИЛ® Табл. в/о 22,5 мг № 80	1	0,06	50,48	0,09	N
			ДАРСІЛ Табл. в/о 22,5 мг, № 10x5	1	0,06	18,04	0,03	
71.	Амбазон	R02AA01	Фарингосепт Льодяники прес. 10 мг № 20	1	0,06	62,08	0,11	N
72.	Метамізол натрію	N02BB02	Анальгін 50 % 2 мл №10 в амп.	10	0,63	58,26	0,10	N
73.	Комплекси вітамінів групи В без добавок	A11EA	Нейровітан табл. №30	2	0,13	55,77	0,10	E
74.	Альверин, комбінації	A03AX58	Метеоспазміл капс. №20	1	0,06	46,05	0,08	E
75.	Токоферол (Вітамін Е)	A11H A03	ЕНАТ 400 Капс. 400 МО № 30	1	0,06	45,02	0,08	E
76.	Фенобарбітал	N03AA02	Фенобарбітал ІС табл. 0,05 г № 50	2	0,13	44,39	0,08	N
77.	Ксилометазолін	R01AA 07	ЕВКАЗОЛІН краплі назальні по 10мл у фл. №1	1	0,06	15,68	0,03	N
			ФАРМАЗОЛІН® Краплі назальні 0,1% по 10 мл у фл. поліетиленових	3	0,19	25,78	0,04	
78.	Комбінації вітамінів	A11JA	Аевіт Капсули м'які № 50	3	0,19	38,87	0,07	E
79.	Рокситроміцин	J01FA06	Роксид 150 табл., в/о 150 мг №10	1	0,06	36,92	0,06	E
80.	Спазмолітики в комб. з інш. препаратами	A03ED	Бесалол табл. № 6	4	0,25	36,85	0,06	E
81.	Корень солодки	R05C A23**	Солодки кореня сироп 250 мг/5 мл 100 г	2	0,13	34,07	0,06	N
82.	Цефотаксим	J01DD01	Цефотаксим 1,0 № 10 у фл.	1	0,06	33,76	0,06	N
83.	Амінокапронова кислота	B02AA01	Амінокапронова к-та 5 % 100 мл у фл.	1	0,06	32,66	0,06	N
			АКК® Розчин, 50 мг/мл по 2 мл або по 5 мл у контейнерах одноразових № 10	5	0,32	19,17	0,03	
84.	Цефазоліну натрієва сіль	J01DB04	Цефазолін 1,0 № 10 у фл.	1	0,06	30,63	0,05	N

Продовження додатку Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
85.	Флурбіпрофен	M01AE09	Стрепсілс мед та лимон льодяники №24	1	0,06	29,42	0,05	N
86.	Папаверин та його похідні	A03AD01	Папаверина г/х 2 % амп. 2 мл №10	13	0,82	24,54	0,04	E
87.	Нестероїдні анаболічні засоби	A14B	МЕТИЛУРАЦИЛ Табл. 0,5 № 10 у блістерах	1	0,06	23,01	0,04	E
88.	Кислота аскорбінова	A11GA01	Аскорбінова к-та 5% 2мл №10	4	0,25	20,7	0,04	V
89.	Інозин	C01EB14**	РИБОКСИН-ДАРНИЦЯ табл. в/о 200 мг № 50	5	0,32	19,96	0,03	N
90.	Фуросемід	C03CA01	Лазикс 10мг/мл 2мл №10 в амп.	2	0,13	18,58	0,03	N
91.	Нафазолін	R01A A08	Нафтизин 0,1% по 10 мл	1	0,06	5,35	0,01	N
			НАФТИЗИН Краплі наз.0,05 % по 10 мл	2	0,13	10,35	0,02	
92.	Бендазолу гідрохлорид	C04AX31	Дибазол 1 % амп. 1 мл № 10	2	0,13	13,62	0,02	N
93.	Рутозид, комбінації	C05CA51	Аскорутин Таблетки № 10, № 50 (10x5)	2	0,13	12,41	0,02	E
94.	Піридоксин (вітамін В ₆)	A11HA02	Піридоксин-Дарниця Р-н для ін'єкцій, 50 мг/мл 1 мл в ампулах № 10	1	0,06	11,78	0,02	V
95.	Дифенгідрамін	R06AA02	Димедрол 1% амп. 1мл № 10	3	0,19	11,68	0,02	N
96.	Мебендазол	P02C A01	Вермокс® Таблетки по 100 мг № 6	2	0,13	11,66	0,02	N
97.	Вугілля медичне активоване	A07B A01	Вугілля активоване Табл. 0,25 г № 10	5	0,32	10,03	0,02	N
98.	Лоратадин	R06A X13	Лоратадин табл. 0,01 г, № 20 у блістерах	1	0,06	9,03	0,02	N
99.	Пірантел	P02C C01	Пірантел сусп. 250 мг/5 мл по 15 мл у фл.	1	0,06	5,55	0,01	N
			Пірантел таблетки по 250 мг № 3	3	0,19	3,44	0,01	
100.	Сорбітол	A06AD18	Сорбіт 125,0	1	0,06	4,58	0,01	N
101.	Магнію аспартат, комб.	A12C C55**	АСПАРКАМ табл. № 50, у блістерах	4	0,25	4,49	0,01	N
102.	Ранітидин	A02BA02	Ранітидин табл. в/о 150 мг № 10	1	0,06	2,78	0,00	V
	<i>Всього за групою С (52 INN ЛЗ (51%))</i>			<i>183</i>	<i>11,6</i>	<i>2834,30</i>	<i>4,9</i>	
	<i>Всього</i>			<i>1578</i>	<i>100</i>	<i>57350,09</i>	<i>100</i>	

