

УДК 616.36-002-085.32:615.851.859



ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ВОЛГОГРАДСКОМ РЕГИОНЕ И АССОРТИМЕНТ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, 2016–2018 ГГ.

Л.М. Ганичева¹, Е.А. Иоанниди¹, О.А. Панфилова¹, И.Н. Тюренков¹, Ю.С. Князева¹, Н.Ш. Кайшева²

¹ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1

² Пятигорский медико-фармацевтический институт –
филиал ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
357532, Россия, Ставропольский край, г. Пятигорск, пр. Калинина 11

E-mail: olesya.panfilova.95@mail.ru

Получено 18.07.2019

Рецензия (1) 15.10.2019

Рецензия (2) 20.10.2019

Принята к печати 28.12.2019

Цель. Исследование распространенности острых вирусных гепатитов А, В и С в Волгоградском регионе, изучение ассортимента, выявление наиболее часто назначаемых фармакологических групп для стационарного лечения и анализ динамики цен на лекарственные препараты, что позволит оценить состояние лекарственного обеспечения пациентов с данным заболеванием в условиях стационара.

Материалы и методы. Использовались методы сравнения, группировки показателей и структурно-логический. Материалами послужили листы назначений пациентов гепатологического отделения Волгоградской областной клинической инфекционной больницы №1.

Результаты. Наибольшее распространение имеет острый гепатит А – 46,9%, острый гепатит В – 27,4%, острый гепатит С – 25,7%, из которых соответственно 46,2%, 23,5% и 14,7% приходится на желтушную форму средней степени тяжести. При всех формах и степенях тяжести заболевания назначают гепатопротекторы, симптоматические препараты и препараты для регидратации, дезинтоксикации.

Заключение. За исследуемый период в Волгоградском регионе выявлено снижение заболеваемости острыми вирусными гепатитами А и В, но, в свою очередь, и рост заболеваемости острым вирусным гепатитом С. Преобладающей среди всех видов гепатита является желтушная форма средней степени тяжести. Изучен ассортимент лекарственных препаратов, применяемых при лечении острых вирусных гепатитов в Волгоградской областной клинической инфекционной больнице № 1. Наиболее часто врачи назначают гепатопротекторы, препараты для регидратации, дезинтоксикации. Изучение динамики цен показало преимущественное повышение на гепатопротекторы и понижение на препараты для регидратации и дезинтоксикации. Полученные результаты свидетельствуют о тенденции к улучшению лекарственного обеспечения в Волгоградском регионе пациентов с острыми вирусными гепатитами и позволяют рассмотреть пути его дальнейшей оптимизации.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит, форма и степень тяжести заболевания, ассортимент лекарственных препаратов
Список сокращений: АТХ – анатомо-терапевтическо-химическая классификация; ВГА – вирусный гепатит А; ВГВ – вирусный гепатит В; ВГС – вирусный гепатит С; ГРЛС – государственный реестр лекарственных препаратов; ЖНВЛП – перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; ОВГ – острый вирусный гепатит.

DYNAMICS OF THE ACUTE VIRAL HEPATITISES MORBIDITY AND RANGE OF MEDICINAL PREPARATIONS FOR TREATMENT IN HOSPITAL ENVIRONMENT IN THE VOLGOGRAD REGION (THE RUSSIAN FEDERATION), 2016–2018

Л.М. Ganicheva¹, E.A. Ioannidi¹, O.A. Panfilova¹, I.N. Tyurenkov¹, Yu.S. Knyazeva¹, N.Sh. Kaysheva²

¹ Volgograd State Medical University,
1, Pavshikh Boytsov Sq., Volgograd, Russia, 400131

² Pyatigorsk Medical and Pharmaceutical Institute, branch of Volgograd State Medical University
11, Kalinin ave, Pyatigorsk, Russia 357532

E-mail: olesya.panfilova.95@mail.ru

Received 18 July 2019

Review (1) 15 October 2019

Review (2) 20 October 2019

Accepted: 28 December 2019

Для цитирования: Л.М. Ганичева, Е.А. Иоанниди, О.А. Панфилова, И.Н. Тюренков, Ю.С. Князева, Н.Ш. Кайшева. Динамика заболеваемости острыми вирусными гепатитами в Волгоградском регионе и ассортимент лекарственных препаратов для стационарного лечения, 2016–2018 гг. *Фармация и фармакология*. 2019;7(6):356-362. DOI: 10.19163/2307-9266-2019-7-6-356-362

© Л.М. Ганичева, Е.А. Иоанниди, О.А. Панфилова, И.Н. Тюренков, Ю.С. Князева, Н.Ш. Кайшева, 2019

For citation: L.M. Ganicheva, E.A. Ioannidi, O.A. Panfilova, I.N. Tyurenkov, Yu.S. Knyazeva, N.Sh. Kaysheva. Dynamics of the acute viral hepatitis morbidity and range of medicinal preparations for treatment in hospital environment in the Volgograd region (the Russian Federation), 2016–2018. *Pharmacy & Pharmacology*. 2019;7(6):356-362. DOI: 10.19163/2307-9266-2019-7-6-356-362

The aim of the study was to investigate the prevalence of acute viral hepatitis A, B and C in the Volgograd region; the range and identification of the most frequently prescribed pharmacological groups to be used in hospital environment; and analyzing the price dynamics of medicines. These factors will make it possible to assess the state of the medicine provision for the patients with this disease in hospital environment.

Materials and methods. In the study, the following methods have been used: comparison, a method of grouping indicators and a structural-logical method. The materials were the hepatological department patients' treatment sheets (Volgograd Regional Clinical Infectious Diseases Hospital N1).

Results. Acute hepatitis A is the most common (46.9%), acute hepatitis B occupies the second position (27.4%), and acute hepatitis C – the third one (25.7%), where in 46.2%, 23.5% and 14.7%, respectively, are accounted for by icteric viral hepatitis. Hepatoprotectors, symptomatic medications and rehydration and detoxification medicinal preparations are prescribed for all forms and degrees of the disease severity.

Conclusion. The study has revealed a decreased morbidity of acute viral hepatitis A, B and an increased morbidity of acute viral hepatitis C in the Volgograd region. Among all the types of hepatitises, the prevailing one is the icteric form of moderate severity. The range of medicinal preparations prescribed for the treatment of acute viral hepatitises has been studied. Most often, doctors prescribe hepatoprotectors, rehydration and detoxification medicinal preparations. The study of price dynamics, showed a predominant increase in hepatoprotectors and a decrease in medicines for rehydration and detoxification. The results obtained indicate a tendency towards the improvement of drug provision in the Volgograd Region, for the patients with acute viral hepatitises. Besides, the results of the study give an opportunity to consider the ways of its further optimization.

Keywords: acute viral hepatitis, the form and severity of the disease, range of medicinal preparations

Abbreviations: ATC – Anatomical Therapeutic Chemical Classification System; HAV – viral hepatitis A; HBV – hepatitis B virus; HCV – viral hepatitis C; SRMP – state register of medicinal preparations; VEDL – Vital and Essential Drugs List; AVH – acute viral hepatitis.

ВВЕДЕНИЕ

Вирусные гепатиты являются широко распространенными инфекционными заболеваниями, поражающими печень человека. По данным ВОЗ вирусными гепатитами инфицированы сотни миллионов человек в разных странах, что превышает распространенность ВИЧ-инфекции. Гепатиты представляют медико-социальную проблему, как для Российской Федерации, так и для всего мира. Снижение заболеваемости острыми формами гепатита связано с усилением профилактических мер и введением вакцинации в соответствии с календарем национальных прививок¹. Вакцинация против вирусного гепатита А (ВГА) и В (ВГВ) проводится в России на протяжении последних 20 лет, но вакцина против вирусного гепатита С (ВГС) не разработана в связи с высокой изменчивостью генома вируса [1, 2]. Главной причиной носительства вируса гепатита является эпидемиологическое неблагополучие стран за предыдущие 20–25 лет. В мире около 650 тыс. смертельных случаев в год связаны с заболеванием гепатитом В. Вирусом гепатита С инфицированы 2–3% населения России. Основными путями передачи ВГВ и ВГС являются парентеральный, контактный (через микротравмы кожных покровов, беспорядочные сексуальные связи) и вертикальный пути (от матери к ребенку). Механизмом передачи ВГА является фекально-оральный путь [3–9]. В Волгоградском регионе главным путем заражения ВГВ является парентеральный путь (введение наркотических веществ нестерильными иглами при наркомании).

ВГА чаще встречается в странах третьего мира, но единичные случаи или вспышки заболевания наблюдаются и в развитых странах. По распространенности на территории России ВГА занимает первое место (на его долю приходится более 50% случаев). В свою очередь, смертность от ВГА невелика и составляет доли процента по всему миру. В мире ежегодно регистрируется около 1,5 млн случаев ВГА, а в РФ на 2010 год – 6,3 случая на 100 тыс. населения. Широкое распространение связано с активным выделением вируса гепатита А из организма больного и высокой

его устойчивостью в окружающей среде. Как правило хронический гепатита А не развивается, если дело касается моноинфекции [10, 11]. Статистические данные Волгоградского региона по ОГА отсутствуют в общедоступных источниках информации.

В Российской Федерации в 2012 году острый гепатит В (ОГВ) составил 1,43 случая на 100 тыс. населения. Благодаря вакцинации заболеваемость в 2000 – 2012 гг. снизилась в 30 раз. ВГВ у 90–95% взрослых заканчивается выздоровлением и только 10% переходит в хроническую форму. Летальность при ОГВ составляет менее 1%. В Волгоградском регионе уровень заболеваемости ОГВ в 2015 году был ниже показателя заболеваемости по РФ в 1,7 раза, в 2015 году он составил 0,78 случаев на 100 тыс. населения, в 2016 году – 0,54. [12, 13].

Острый гепатит С (ОГС) в РФ на 2012 год составил 1,8 случаев на 100 тыс. населения. У 50–80% инфицированных людей развивается хроническая форма. В Волгоградском регионе уровень заболеваемости ОГС в 2015 году составил 0,66 на 100 тыс. населения, что в 2,1 раза ниже среднего показателя по РФ, в 2016 году составил 0,16 [14].

ЦЕЛЬ – изучение распространенности ОГА, ОГВ, ОГС в Волгоградской области в период 2016–2018 гг.; рассмотреть встречающиеся формы и степени тяжести заболевания; проанализировать ассортимент лекарственных препаратов, используемых в условиях стационаров для лечения острых гепатитов; на основании государственного реестра лекарственных препаратов (ГРЛС) исследовать динамику цен на лекарственные препараты наиболее широко используемой фармакологической группы.

Своевременное выявление и лечение заболевания играют важную роль в предотвращении осложнений здоровья граждан и экономии бюджетных средств, как государства, так и населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения исследования использовались методы сравнения, структурно-логический и метод группировки показателей. Материалами для выполнения исследования явились данные историй болезни, листов назначений 175 пациентов гепатологического отделения Волгоградской областной клинической инфекционной больницы №1 и данные государственного реестра лекарственных препаратов РФ. Дизайн

¹ Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показателям [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. (с изм. и доп., внесенными приказом Минздрава РФ от 16 июня 2016 г., от 13 апреля 2017 г., от 24 апреля 2019 г.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс»

исследования представлен 4-мя взаимосвязанными этапами: 1 – анализ динамики заболеваемости, 2 – анализ данных по продолжительности лечения в условиях стационара, 3 – выявление наиболее значимых ассортиментных групп и лекарственных препаратов для лечения, 4 – анализ динамики цен на лекарственные препараты, назначаемые для лечения ОВГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Вирусные гепатиты классифицируются в зависимости от формы течения и степени тяжести [15, 16]. В инфекционной больнице на протяжении 2016-2018 годов были зарегистрированы:

– желтушная форма (средняя и тяжелая степени тяжести);

– безжелтушная форма (легкая и средняя степени тяжести).

На 1-ом этапе исследования был проведен анализ динамики заболеваемости острыми вирусными гепатитами А, В, С (по форме и степени тяжести) в Волгоградском регионе с помощью методов сравнения и группировки (табл. 1). Из данных табл.1 следует, что наибольшее распространение имел ОГА (82 случая, 46,9%); на втором месте – ОГВ (48 случаев, 27,4%); на третьем месте – ОГС (45 случаев, 25,7%).

Динамика распространенности ОГА за 2016-2018гг: наблюдается значительное снижение уровня заболеваемости с 59,8% до 12,2% – в 5 раз (уменьшается встречаемость желтушной формы средней тяжести с 58,8% до 12,3% – в 4,5 раза). Хотя следует отметить, что был выявлен единичный случай желтушной формы тяжелой степени тяжести в 2016 году.

Динамика распространенности ОГВ за 2016–2018 гг.: отмечена тенденция к снижению уровня заболеваемости с 39,5% до 29,2% – в 1,5 раза (уменьшение желтушной формы средней тяжести с 31,3% до 25% и безжелтушной формы средней тяжести с 2,1% до 4,2%). Был выявлен 1 случай острой печеночной энцефалопатии.

Динамика распространенности ОГС за 2016–2018 гг.: обнаружена тенденция роста заболевания с 20% до 42,2% – в 2 раза (рост желтушной формы средней тяжести с 11,1% до 20%, безжелтушной формы легкой тяжести с 2,2% до 11,1% и безжелтушной формы средней тяжести с 4,4% до 11,1%). Желтушная форма тяжелой степени была диагностирована в 2016 и 2017 годах по одному случаю в год.

Снижение заболеваемости ОГА и ОГВ связано с активным использованием вакцины против гепатита [17]. Вакцинация новорожденных проводится с первых дней жизни в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Для взрослого населения так же предусмотрено проведение прививок¹.

На 2-м этапе исследования были рассмотрены и обобщены данные о продолжительности лечения в стационаре. Терапия острого вирусного гепатита занимает различное время в зависимости от вида гепатита, формы и степени тяжести заболевания и согласуется с клиническими рекомендациями, стандартами специализированной медицинской помощи пациентам при острых вирусных гепатитах [18]. Желтушная форма гепатитов протекает тяжелее безжелтушной формы и требует более длительной терапии. С помощью структурно-логического метода можно сделать вывод, что среди желтушных форм гепатитов труднее поддается лечению ОГВ тяжелой степени тяжести (длительность лечения составляет 25 суток \pm 5). Длительность лечения желтушной

формы ОГС тяжелой степени составляет 19 суток \pm 0 и занимает вторую позицию. На третьем месте находятся ОГА и ОГВ желтушной формы средней степени тяжести, продолжительность терапии которых составляет 17 суток \pm 7. От 8 до 16 суток требуется для лечения безжелтушной формы легкой степени тяжести ОГС и средней степени тяжести ОГС и ОГВ, а также желтушной формы ОГС средней степени тяжести и желтушной формы ОГА тяжелой степени тяжести (табл. 2). Случаи безжелтушной формы средней тяжести ОГА и легкой степени ОГА, ОГВ в больнице зарегистрированы не были.

На следующем этапе исследования выяснены ассортиментные группы лекарственных препаратов и частота назначений лекарственных препаратов (ЛП). При лечении острых вирусных гепатитов используются патогенетическая (гепатопротекторы, ферменты, витамины, гормональные лекарственные средства, препараты для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения), этиотропная (интерфероны и их индукторы) и симптоматическая терапия, что также соответствует клиническим рекомендациям и стандартам специализированной медицинской помощи [19–23]. Использование групп ЛП при соответствующих видах, формах и степенях тяжести острых гепатитов представлено в табл. 3, 4, 5.

Как следует из табл. 3, этиотропная терапия не применялась при желтушной форме средней степени тяжести ОГА, и только интерфероны в качестве этиотропной терапии добавляются к основному лечению желтушной формы тяжелой степени тяжести ОГА. Следует отметить, что витамины вовсе не использовались в данной больнице при лечении ОГА.

Как следует из табл. 4 витамины не назначались при лечении острого вирусного гепатита В. Интерферонотерапия не применялась при желтушной форме тяжелой степени и безжелтушной форме средней степени тяжести ОГВ. Энзимные и гормональные препараты не назначались при лечении безжелтушной формы средней степени тяжести ОГВ.

Как следует из табл. 5, этиотропная терапия не применялась при желтушной форме тяжелой степени и безжелтушной форме легкой степени тяжести ОГС. При лечении безжелтушной формы средней степени тяжести использовались только интерфероны при этиотропной терапии. При безжелтушной форме легкой степени тяжести не употреблялись энзимные ЛП, гормональные ЛП и препараты для регидратации и дезинтоксикации. Гормональные ЛП не были зафиксированы при лечении безжелтушной формы средней степени тяжести ОГС.

Таким образом, представленные в табл. 3, 4, 5 данные иллюстрируют специфику терапии острого вирусного гепатита в зависимости от вида, формы и степени тяжести [24–27].

В табл. 6 представлен ассортимент лекарственных препаратов, используемых при лечении острых вирусных гепатитов в Волгоградской областной клинической инфекционной больнице № 1. Подробно рассмотрены ЛП, относящиеся к патогенетической и этиотропной терапии, т.к. именно они напрямую влияют на исход заболевания. Группы лекарственных средств обозначены в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ) [28]. Все представленные ЛП относятся к списку жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) по данным 2016–2018 гг.

Таблица 1 – Динамика заболеваемости острыми вирусными гепатитами А, В, С в период 2016–2018 гг.

| Вид гепатита | Год | Всего | Желтушная форма | | Безжелтушная форма | |
|------------------|------|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| | | | Средняя степень тяжести | Тяжелая степень тяжести | Средняя степень тяжести | Легкая степень тяжести |
| Острый гепатит А | 2016 | 49 (59,8) | 48 (27,4%) | 1 (0,7%) | – | – |
| | 2017 | 23 (28%) | 23 (13,1%) | – | – | – |
| | 2018 | 10 (12,2%) | 10 (5,7%) | – | – | – |
| | | 82(46,9%) | | | | |
| Острый гепатит В | 2016 | 19 (39,5%) | 15 (8,6%) | 3 (1,7%) | 1 (0,5%) | – |
| | 2017 | 15 (31,3%) | 14 (8%) | – | 1 (0,5%) | – |
| | 2018 | 14 (29,2) | 12 (6,9%) | – | 2 (1,2%) | – |
| | | 48(27,4%) | | | | |
| Острый гепатит С | 2016 | 9 (20%) | 5 (2,8%) | 1 (0,6%) | 2 (1,1%) | 1 (0,6%) |
| | 2017 | 17 (37,8%) | 12 (6,8%) | 1 (0,6%) | 3 (1,7%) | 1 (0,6%) |
| | 2018 | 19 (42,2%) | 9 (5,1%) | 5 (2,8%) | 5 (2,8%) | – |
| | | 45(25,7%) | | | | |

Таблица 2 – Длительность терапии острых вирусных гепатитов в стационаре клинической инфекционной больницы №1 (среднестатистические данные)

| Вид гепатита/ форма и степень тяжести | Желтушная форма | | Безжелтушная форма | |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| | Средняя степень тяжести | Тяжелая степень тяжести | Средняя степень тяжести | Легкая степень тяжести |
| Острый гепатит А | 17 суток±7 | 14 суток±0 | – | – |
| Острый гепатит В | 17 суток±7 | 25 суток±5 | 16 суток±6 | – |
| Острый гепатит С | 15 суток±5 | 19 суток±0 | 9 суток±4 | 8 суток±4 |

Таблица 3 – Использование групп лекарственных препаратов в терапии острого вирусного гепатита А

| Группа лекарственных препаратов / форма и степень тяжести | Желтушная форма | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| | Средняя степень тяжести | Тяжелая степень тяжести |
| Симптоматические лекарственные препараты | + | + |
| Витаминные лекарственные препараты | – | – |
| Гепатопротекторные лекарственные препараты | + | + |
| Энзимные лекарственные препараты | + | + |
| Гормональные лекарственные препараты | + | + |
| Препараты для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения | + | + |
| Интерфероны | – | – |
| Индукторы интерферона | – | + |

Таблица 4 – Использование групп лекарственных препаратов в терапии острого вирусного гепатита В

| Группа лекарственных препаратов / форма и степень тяжести | Желтушная форма | | Безжелтушная форма |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Средняя степень тяжести | Тяжелая степень тяжести | Средняя степень тяжести |
| Симптоматические лекарственные препараты | + | + | + |
| Витаминные лекарственные препараты | – | – | – |
| Гепатопротекторные лекарственные препараты | + | + | + |
| Энзимные лекарственные препараты | + | + | – |
| Гормональные лекарственные препараты | + | + | – |
| Препараты для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения | + | + | + |
| Интерфероны | + | – | – |
| Индукторы интерферона | + | + | + |

Таблица 5 – Использование групп лекарственных препаратов в терапии острого вирусного гепатита С

| Группа лекарственных препаратов / Форма и степень тяжести | Желтушная форма | | Безжелтушная форма | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| | Средняя степень тяжести | Тяжелая степень тяжести | Средняя степень тяжести | Легкая степень тяжести |
| Симптоматические лекарственные препараты | + | + | + | + |
| Витаминные лекарственные препараты | – | – | – | – |
| Гепатопротекторные лекарственные препараты | + | + | + | + |
| Энзимные лекарственные препараты | + | – | + | – |
| Гормональные лекарственные препараты | + | + | – | – |
| Препараты для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения | + | + | + | – |
| Интерфероны | + | – | + | – |
| Индуктор интерферонов | + | – | – | – |

Таблица 6 – Ассортимент лекарственных препаратов и частота их назначений в течение исследуемого периода (2016–2018 гг.)

| Группа лекарственных препаратов | Торговое наименование, назначенная дозировка, лекарственная форма, способ введения | Число назначений* | | |
|---|--|-------------------|------------------|-------------------|
| | | 2016 год | 2017 год | 2018 год |
| Гепатопротекторные лекарственные препараты | Гептор® 400 мг (таблетки, перорально) | 1 (1,2%) | – | – |
| | Гептрал® 400 мг (лиофилизат, в/в) | 2 (3,1%) | 7 (8,5%) | 4 (3,9%) |
| | Фосфоглив® 65 + 35 мг (капсулы, перорально) | 42 (60%) | 55 (66,3%) | 75 (70%) |
| | Фосфоглив® 2,5 г (лиофилизат, в/в) | 15 (21,4%) | 3 (3,6%) | 7 (6,7%) |
| | Урсодез® 250 мг (капсулы, перорально) | 3 (4,3%) | 15 (18%) | 20 (19,4%) |
| | Урсодез® 500 мг (капсулы, перорально) | 7 (10%) | 3 (3,6%) | – |
| Всего | | 70 (100%) | 83 (100%) | 106 (100%) |
| Энзимные лекарственные препараты | Панкреатин 25 ЕД (таблетки, перорально) | – | – | 9 (16%) |
| | Панкреатин 0,5 (таблетки, перорально) | – | – | 1 (2%) |
| | Панкреатин 30 ЕД (таблетки, перорально) | 1 (100%) | 1 (100%) | 46 (82%) |
| Всего | | 1 (100%) | 1 (100%) | 56 (100%) |
| Гормональные лекарственные препараты | Дексаметазон 8 мг (инъекционный р-р, в/в) | 1 (14,3%) | 1 (4,4%) | 1 (4,5%) |
| | Преднизолон 5 мг (таблетки, перорально) | – | 1 (4,1%) | 1 (4,6%) |
| | Преднизолон 10 мг (таблетки, перорально) | – | 1 (4,1%) | – |
| | Преднизолон 15 мг (таблетки, перорально) | – | 1 (4,1%) | – |
| | Преднизолон 30 мг (инъекционный р-р, в/в) | – | 2 (8,3%) | 1 (4,6%) |
| | Преднизолон 60 мг (инъекционный р-р, в/в) | 2 (26,3%) | 6 (25%) | 3 (13,6%) |
| | Преднизолон 90 мг (инъекционный р-р, в/в) | 4 (57,4%) | 9 (37,5%) | 11 (50%) |
| | Преднизолон 120 мг (инъекционный р-р, в/в) | – | 3 (12,5%) | 5 (22,7%) |
| Всего | | 7 (100%) | 24 (100%) | 22 (100%) |
| Препараты для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения | Ацесоль 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | 6 (7,7%) | 23 (16,5%) | 46 (27,5%) |
| | Ацесоль 450 мл (инфузионный р-р, в/в) | – | 2 (1,4%) | – |
| | Ацесоль 800 мл (инфузионный р-р, в/в) | 1 (1,3%) | 1 (0,7%) | 2 (1,2%) |
| | Глюкоза 5% – 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | 32 (41%) | 44 (31,7%) | 60 (36%) |
| | Глюкоза 10% – 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | 6 (7,7%) | 19 (13,7%) | 8 (4,8%) |
| | Раствор Рингера 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | 9 (11,5%) | 11 (8%) | 4 (2,4%) |
| | Раствор Рингера 500 мл (инфузионный р-р, в/в) | 5 (6,4%) | 7 (5%) | 3 (1,8%) |
| | Реамберин® 200 мл (инфузионный р-р, в/в) | – | 11 (8%) | – |
| | Реамберин® 250 мл (инфузионный р-р, в/в) | 1 (1,3%) | – | – |
| | Реамберин® 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | 2 (2,6%) | – | – |
| | Ремаксол® 200 мл (инфузионный р-р, в/в) | – | – | 1 (0,6%) |
| | Ремаксол® 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | – | – | 4 (2,4%) |
| | Ремаксол® 500 мл (инфузионный р-р, в/в) | – | – | 3 (1,8%) |
| | Хлорид калия 4% – 10 мл (инъекционный р-р, в/в) | 7 (9,0%) | 7 (5%) | 3 (1,8%) |
| | Хлорид натрия 0,9% – 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | 9 (11,5%) | 14 (10%) | 33 (19,7%) |
| | Всего | | 78 (100%) | 139 (100%) |
| Интерфероны | Альтевир® 3 млн ЕД (инъекционный р-р, в/м) | 1 (12,5%) | 1 (16,6%) | 16 (100%) |
| | Альфарона® 1,5 млн ЕД (лиофилизат, в/м) | – | 1 (16,7%) | – |
| | Альфарона® 3 млн ЕД (лиофилизат, в/м) | 6 (75%) | 4 (66,7%) | – |
| | Лайфферон® 3 млн ЕД (инъекционный р-р, лиофилизат, в/м) | 1 (12,5%) | – | – |
| Всего | | 8 (100%) | 6 (100%) | 16 (100%) |
| Индукторы интерферона | Циклоферон® 12,5% – 2 мл (инъекционный р-р, в/м) | 8 (100%) | 2 (100%) | 22 (100%) |
| Всего | | 8 (100%) | 2 (100%) | 22 (100%) |

Примечание: * – 1 назначение = 1 человек

Таблица 7 – Динамика цен на лекарственные препараты для регидратации и дезинтоксикации, используемые в лечении острых вирусных гепатитов за период 2016–2018 гг. (по данным ГРЛС)

| Группа лекарственных препаратов | Торговое наименование, дозировка, лекарственная форма, способ введения, упаковка | Предельная цена, руб. без НДС (за 1 единицу) | | | Изменение цены, % 2018 год к 2016 году |
|---|--|--|----------|----------|---|
| | | 2016 год | 2017 год | 2018 год | |
| Препараты для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения | Ацесоль 400 мл (инфузионный р-р, в/в), фл. | 27,95 | 27,95 | 27,95 | 0 |
| | Глюкоза 5% – 400 мл (инфузионный р-р, в/в), фл. | 44,06 | 28,72 | 29,88 | – 32,2 |
| | Глюкоза 10% – 400 мл (инфузионный р-р, в/в) фл. | 39,27 | 28,08 | 30,96 | – 22,0 |
| | Раствор Рингера 400 мл (инфузионный р-р, в/в) фл. | 45,93 | 35,78 | 24,89 | – 46,0 |
| | Раствор Рингера 500 мл (инфузионный р-р, в/в) | 35,93 | 28,74 | 26,62 | – 26,0 |
| | Реамберин® 200 мл (инфузионный р-р, в/в) | 128,31 | 132,99 | 138,00 | + 7,5 |
| | Реамберин® 250 мл (инфузионный р-р, в/в) | 113,83 | 113,83 | 113,83 | 0 |
| | Реамберин® 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | 157,05 | 162,65 | 168,85 | + 7,5 |
| | Ремаксол® 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | – | – | 315,00 | – |
| | Хлорид калия 4% – 10 мл (инъекционный р-р, в/в) ампл. | 2,53 | 4,43 | 4,60 | + 81,8 |
| Хлорид натрия 0,9% – 400 мл (инфузионный р-р, в/в) | 33,64 | 23,94 | 33,26 | – 1,2 | |

Таблица 8 – Динамика цен на лекарственные препараты группы гепатопротекторов, используемых в лечении острых вирусных гепатитов (по данным ГРЛС на 2016–2018 гг)

| Группа лекарственных препаратов | Торговое наименование, дозировка, лекарственная форма, способ введения | Предельная цена, руб. без НДС (за 1 единицу) | | | Изменение цены, % |
|--|--|--|----------|----------|-------------------|
| | | 2016 год | 2017 год | 2018 год | |
| Гепатопротекторные лекарственные препараты | Гептор® 400 мг (таблетки, перорально) | 44,80 | 44,80 | 44,80 | 0 |
| | Гептрал® 400 мг (лиофилизат, в/в) | 65,31 | 65,31 | 280,71 | + 329,8 |
| | Фосфоглив® 65+35 мг (капсулы, перорально) | 8,00 | 8,81 | 9,15 | + 14,4 |
| | Фосфоглив® 2,5 г (лиофилизат, в/в) | 264,45 | 264,45 | 270,12 | + 2,1 |
| | Урсодез® 250 мг (капсулы, перорально) | 9,03 | 9,03 | 12,05 | + 33,4 |
| | Урсодез® 500 мг (капсулы, перорально) | 24,11 | 24,11 | 24,11 | 0 |

Ассортимент ЛП несколько расширился в 2017–2018 гг. по сравнению с 2016 г. Наиболее широко среди гепатопротекторов стал применяться Фосфоглив® 35+65 мг, среди энзимных препаратов – панкреатин 30 ЕД, из гормональных препаратов – преднизолон 90 мг, в ряду препаратов для регидратации и дезинтоксикации – ацесоль 400 мл, из интерферонов – Альтевир® 3млн ЕД и из индукторов интерферона – Циклоферон® 12,5% – 2 мл.

Следует подчеркнуть, что назначение одного и того же препарата в различных дозировках связано с видом, формой и степенью тяжести острого гепатита. Из списка ЛП таблицы № 6 в ГРЛС зарегистрированы следующие наименования и дозировки: Фосфоглив® 65+35 мг, Фосфоглив® 2,5 мг, Гептор® 400 мг, Гептрал® 400 мг, Урсодез® 250 мг и 500 мг; панкреатин 30 ЕД и 25 ЕД; дексаметазон 4 мг, преднизолон 30 мг и 5 мг; глюкоза 5%, 10% – 400 мл, р-р калия хлорида 4% – 10мл, р-р натрия хлорида 0,9% – 400 мл, Ремаксол® 400 мл, р-р Рингера 400 мл и 500 мл, Реамберин® 20, 250, 400 мл, ацесоль 400 мл; Альфарона® 3 млн ЕД, Лайфферон® 3 млн ЕД, Альтевир® 3 млн ЕД; Циклоферон® 12,5% – 2 мл.

Наиболее назначаемыми препаратами за изучаемый период по данным табл. 6 являются препараты для регидратации и дезинтоксикации (47% от всего ассортимента), а также группа гепатопротекторов (31,7%). В 2018 г. в отличие от предыдущих лет достаточно широко назначались лекарства из группы энзимных препаратов.

На завершающем этапе проведен анализ динамики цен на наиболее часто назначаемые лекарственные препараты двух фармакотерапевтических групп: лекарственные препараты для регидратации, дезинтоксикации и гепатопротекторы. Поскольку представленные ЛП входят в список ЖНВЛП, цены на них и оптовые надбавки фиксированы и контролируются государством. В табл. 7, 8 представлена динамика цен на ЛП для регидратации, дезинтоксикации и назначаемые группы гепатопротекторов за 2016–2018 гг.

Наиболее назначаемыми препаратами за 2016–2018 гг. по данным, представленным в табл. 6, являются препараты для регидратации и дезинтоксикации (47% от всего ассортимента), а также группа гепатопротекторов (31,7%). В 2018 г. в отличие от предыдущих лет достаточно широко стала использоваться группа энзимных лекарственных препаратов. В табл. 7, 8 представлена динамика цен на ЛП для регидратации и дезинтоксикации, а также группы гепатопротекторов за 2016–2018 гг. Поскольку представленные ЛП входят в список ЖНВЛП, то из этого следует, что цены на них и оптовые надбавки

фиксированы и контролируются государством. Из данных табл.7 следует, что за исследуемый период в группе ЛП для регидратации и дезинтоксикации из 11 наименований (принимаем за 100%) на 3 препарата выросла цена (27%): Рамберин® 200 мл и 400 мл, хлорид калия 4% – 10 мл; остались в той же ценовой категории 2 препарата: ацесоль 400 мл и Реамберин® 250 мл (18%); на 5 препаратов цена снизилась: глюкоза 5% – 400 мл, глюкоза 10% – 400 мл, р-р Рингера 400 мл, р-р Рингера 500мл, хлорид натрия 0,9% – 400 мл (45%). К новым препаратам 2018 г. относится Ремаксол® 400 мл (1%), динамику цен которого отследить не представляется возможным. Выявлено существенное снижение цены на 4 препарата (–22–46%), значительное повышение цены на 1 препарат (+ 81,8%) и незначительное повышение (+ 7,5%) на 2 препарата по сравнению с 2016 г. Следовательно, наибольший процент составляют ЛП, чья стоимость снизилась (– 45%). С данным фактом могут быть связаны повышение ценовой доступности лекарственной помощи, и, соответственно, рост врачебных назначений за 2016–2018 гг.

Из данных табл. 8 следует, что из 6 препаратов группы гепатопротекторов цена не изменилась на 2 препарата (Гептор® 400 мг и Урсодез® 500 мг), остальные препараты выросли в цене от 2,1% до 329,8%. Однако, данный факт не повлиял на частоту назначений данной группы препаратов, что может быть связано с ростом ассигнований на закупку данных наименований для стационарного лечения. Следует обратить внимание на то, что, исходя из табл. 6 и 8, цены на Гептор® 400 мг и Урсодез® 500 мг за 2016–2018 гг. оставались одинаковыми, но их назначение не было зарегистрировано в 2017 и 2018 гг., что может быть связано с отсутствием закупок данных препаратов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В течение 2016 – 2018 гг. наблюдается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости ОГА и ОГВ, но в свою очередь, отмечается рост заболеваемости ОГС (не зря его прозвали «ласковый убийца» из-за скрытого течения заболевания). Выявлены основные группы лекарственных препаратов, используемых в стационарных условиях при лечении ОГА, ОГВ, ОГС в зависимости от формы и степени тяжести заболевания. Исследование ассортимента лекарственных препаратов, частота врачебных назначений и дозировок показало, что наиболее часто назначаются препараты для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения и гепатопротекторы. Изучена динамика цен на данные группы ЛП, которая продемонстрировала преимущественное

снижение цен на препараты для регидратации и дезинтоксикации (45% от числа наименований) и преимущественный рост цен на препараты группы гепатопротекторов (66,7% от числа наименований).

Полученные результаты свидетельствуют о тенденции к улучшению лекарственного обеспечения пациентов с острыми вирусными гепатитами и позволяют рассмотреть пути дальнейшей оптимизации.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Авторы выражают благодарность главному врачу Волгоградской областной клинической инфекционной больницы №1 Деминой Елене Васильевне за оказанную помощь при проведении исследования.

ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА

Данное исследование не имело какой-либо финансовой поддержки от сторонних организаций.

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Все авторы в равной степени внесли свой вклад в исследовательскую работу.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Семенов С.И., Федоров А.И., Осаковский В.Л., Максимова С.С., Платонов Ф.А. Частота встречаемости полиморфных вариантов гена IL28B и генотипов вируса гепатита С у населения Якутии: клинические исходы // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии (ЖМЭИ). – 2017. – №2. – С. 86–92. DOI: <https://doi.org/10.36233/0372-9311-2017-2-86-92>.
- Жебрун А.Б., Калинина О.В. Вирусный гепатит С: эволюция эпидемического процесса, эволюция вируса // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии (ЖМЭИ). – 2016. – №1. – С. 102–112. DOI: <https://doi.org/10.36233/0372-9311-2016-1-102-112>
- Аликеева Г.К., Максимов С.Л., Сафиуллина Н.Х. и др. / Вирусный гепатит Е // Лечащий врач. – 2012. – №10. – С.48–52.
- Дерябин, П.Г. Гепатит С: современное состояние и перспективы / Дерябин П.Г. // Вопросы вирусологии. – 2012. – № S1. – С. 91–103.
- Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.
- Молекулярно-генетические исследования в эпидемиологии вирусных гепатитов: достижения и перспективы / Чуланов В.П., Неверов А.Д., Карандашова И.В. и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2014. – № 2. – С. 28–34.
- Острый вирусный гепатит: нужно ли менять существующие стратегии скрининга? / Харвала Х., Вонг В., Симмондс П. и др. // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2014. – № 3(8). – С. 23–29.
- Учайкин В.Ф. Инфекционная гепатология: руководство для врачей / В.Ф. Учайкин, Т. В. Чердниченко, А. В. Смирнов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 627 с.
- Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 383 с.
- Корзунова А. Гепатит А. – М.: Эксмо, 2017. – 128 с.
- Кареткина, Г.Н. Вирусный гепатит А в прошлом, настоящем и будущем / Кареткина Г.Н. // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2014. – № 3 (8). – С. 38–48.
- Вирусные гепатиты в Российской Федерации: Аналитический обзор / Под ред. В.И. Покровского, А.Б. Жербуна. – СПб.: ФБУН НИИЭМ им. Л. Пастера, 2011, вып. 8. – 160 с.
- Полунина, Т.Е. Хронический вирусный гепатит В: диагностика и лечение / Полунина Т.Е. // Consilium Medicum. – 2014. – Т. 16, №8. – С. 47–52.
- Гепатит С (диагностика, эпидемиология, лечение, профилактика) // Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. – 2000. – Т. 3, №10. – С. 3–9.
- Kuntz E., Kuntz H.-D. Hepatology, Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy. Berlin Heidelberg New York Springer – Verlag, 2006.
- Вирусный гепатит. – М.: Наука, 2015. – 114 с.
- Бургасова О.А., Волкова В.М., Тетова В.Б., Беляева Н.М. Взгляд клинициста на особенности клинического течения и вопросы вакцинопрофилактики вирусного гепатита А // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. №1. – С. 37–45.
- Статистический анализ и показатели работы лечебно-профилактических учреждений Волгоградской области 2007–2009 гг. – Волгоград, 2010. – 164 с.
- Буеверов А.О. Место гепатопротекторов в лечении заболеваний печени // Болезни органов пищеварения. 2001. №2. С. 16–18.
- Оковитый С.В., Улейчик С.Г., Шуленин С.Н. Гепатопротектор. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 112 с.
- Морозов С.Ю. Гепатопротекторы в практике врача-клинициста / С.Ю. Морозов // РМЖ. – 2010. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_6601.htm
- Пахомова И.Г., Успенский Ю.П. Эссенциальные фосфолипиды: свойства и особенности // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. – 2010. – N 1. – С. 75–79.
- Рогов В.А., Ганичева Л.М. Лекарственное обеспечение гепатопротекторными средствами населения Волгоградского региона: взаимосвязь уровня заболеваемости и потребления // Человек и лекарство: тезисы докладов 18-го Российского национального конгресса, 2011 – С. 630.
- Оковитый С.В. Гепатопротекторы. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 112 с.
- Boursier J., de Ledinghen V., Zarski J. P. et. al. Comparison of eight diagnostic algorithms for liver fibrosis in hepatitis C: new algorithms are more precise and entirely noninvasive // Hepatology. – 2012. – Vol. 55, N 1. – P. 58–67.
- EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection, Journal of Hepatology. – 2011. – Vol. 55. – P. 245–264.
- EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis. – 2014. Режим доступа: <http://files.easl.eu/easl-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-C.pdf>
- Государственный реестр лекарственных средств Российской Федерации. – Режим доступа: <http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

АВТОРЫ

Ганичева Людмила Михайловна – доктор фармацевтических наук, доцент, заведующая кафедрой управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического товароведения, ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет. ORCID ID: 0000-0002-5647-0568. E-mail: Ganicheva@volgmed.ru

Иоанниди Елена Александровна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной, ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: eaioannidi@volgmed.ru

Панфилова Олеся Алексеевна – аспирант кафедры управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического товароведения, ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской

Федерации. ORCID ID: 0000-0003-3148-8371. E-mail: Olesya.panfilova.95@mail.ru

Тюренок Иван Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий лабораторией фармакологии сердечно-сосудистых средств НЦИЛС ВолгГМУ, заведующий кафедрой фармакологии и биофармации ФУВ ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7574-3923>. E-mail: fibfuv@mail.ru

Князева Юлия Сергеевна – ассистент кафедры фармакологии и биофармации ФУВ ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет.

Кайшева Нелли Шаликовна – доктор фармацевтических наук, профессор кафедры фармацевтической и токсикологической химии, Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России. E-mail: caisheva2010@yandex.ru