

18. Харченко В.И., Найденова Н.Г., Буромский И.В. и др. Острая интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами – основная причина смертельных отравлений алкоголем в России // Наркология. – 2005. – №10. – С.50-59.

19. Global Status Report on Alcohol. – Geneva: World Health Organization, 2004. – P.37.

20. Makela K., Room R. Single E., et al. A comparative study of alcohol control // Alcohol, Society, and the State. Toronto: Addiction Research Foundation. – 1981. – Vol. 1. – P.2-4.

21. Stickley A., Leinsalu M., Andreev E., et al. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970–2002 // The European Journal of Public Health. – 2006. – № 17/5. – P.444-449.

REFERENCES

1. Virganskaya I.M. Sudden death and alcohol // Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii. – 1991. – №6. – P.16-18. (in Russian)
2. Demograficheskij ezhegodnik Rossii 2010. – Moscow: Rosstat, 2008. – P.264-290. (in Russian)
3. Alcohol abuse in the Russian Federation: socio-economic impacts and countermeasures // Doklad obshhestvennoj palaty Rossijskoj Federacii. – Moscow: Askonlajn, 2009. – P. 18. (in Russian)
4. Koshkina E.A. Epidemiology of substance abuse // Rukovodstvo po narkologii / N.N. Ivanca, ed. – Moscow: Medpraktika-M, 2002. – Vol. 1. – P.8-32. (in Russian)
5. Kulesha N.V. Medico-social and expert assessment of road traffic injuries in modern conditions (on the example of the Amur region): Diss. ... cand. med. scien. – Habarovsk, 2006. – P.15-24. (in Russian)
6. Nemtsov A.V. Century Alcohol Russian history: the modern period. – Moscow: LIBROKOM, 2009. – 320 p. (in Russian)
7. Nemtsov A.V. Century Alcohol mortality in Russia in the 1980s and 90s. – Moscow: NALEX, 2001. – 136 p. (in Russian)
8. Nemtsov A.V. Century Alcohol mortality in Russia: scale and geography of problems // Alkogol'naja katastrofa i vozmozhnosti gosudarstvennoj politiki v preodolenii alkogol'noj sverhsmertnosti v Rossii / D.A. Haltura, A. V. Korotaev, ed. – Moscow: LENAND, 2008. – P.78-84. (in Russian)
9. Nemtsov A.V. Alcohol damage regions of Russia. – Moscow: NALEX, 2003. – 113 p. (in Russian)
10. Nemtsov A.V., Terekhin A.T. Dimensions and diagnostic composition alcohol and mortality in Russia // Narkologija. – 2007. – №12. – P.29-36. (in Russian)
11. Ogurtsov P.P. Alcohol situation in Russia and alcohol dependent pathology // Vrach. – 2003. – №11. – P.6-9. (in Russian)
12. Consumption of alcoholic beverages of all types per capita (litres of absolute alcohol). – Oficial'nyj sajt Federal'noj sluzhby gosudarstvennoj statistiki Rossijskoj Federacii – Rezhim dostupa: http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_58/IssWWW.exe/Stg/d2/07-05.htm (data obrashhenija 15.04.2013). (in Russian)
13. Son I.M., Ten M.B., Pronina T.V. Features of exposure and the prevalence of tuberculosis among various social groups of population // Mediko-social'nye problemy social'no obuslovlennyh zabolovanij. – Moscow: CNIIOIZ, 2004. – P.41-44. (in Russian)
14. Soshnikov S.S. The role of the alcohol factor in the formation of losses of population health as a result of road traffic accidents (on the example of Moscow): Diss. ... cand. med. scien. – M., 2008. – P.6. (in Russian)
15. Statistics of accidents on Russian roads 2008: almost 30 thousand dead – Rezhim dostupa: <http://www.rg.ru/2009/01/13/gibdd-statistika-anons.html> (data obrashhenija 12.04.2013). (in Russian)
16. Khalturina D.A., Korotaev A.V. Alcohol disaster: how to stop the extinction of Russia // Alkogol'naja katastrofa i vozmozhnosti gosudarstvennoj politiki v preodolenii alkogol'noj sverhsmertnosti v Rossii / D. A. Haltura, A. V. Korotaev, ed. – Moscow: LENAND, 2008. – P.5-59. (in Russian)
17. Khalturina D.A., Korotaev A.V. Russian cross: factors, mechanisms and ways to overcome the demographic crisis in Russia. – Moscow: KomKniga, 2006. – 128 p. (in Russian)
18. Kharchenko V.I., Naydenova N., Buromskii I.V., et al. Acute intoxication ethanol, not surrogates - the main cause of fatal alcohol poisoning in Russia // Narkologija. – 2005. – №10. – P.50-59. (in Russian)
19. Global Status Report on Alcohol. – Geneva: World Health Organization, 2004. – P.37.
20. Makela K., Room R. Single E., et al. A comparative study of alcohol control // Alcohol, Society, and the State. Toronto: Addiction Research Foundation. – 1981. – Vol. 1. – P.2-4.
21. Stickley A., Leinsalu M., Andreev E., et al. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970–2002 // The European Journal of Public Health. – 2006. – № 17/5. – P.444-449.

Информация об авторах:

664003, г. Иркутск, ул. Красного восстания, 2, ИГМУ, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, тел./факс (3952) 201082, e-mail: irkafoz@mail.ru, Алексеевская Татьяна Иннокентьевна – д.м.н., профессор кафедры; Селеццов Александр Анатольевич – аспирант кафедры, e-mail: seledsow@mail.ru.

Information About the Authors:

664003, Irkutsk, Krasnogo Vosstaniya street, 2, ISMU, department of public health and health care, phone/fax (3952) 201082, e-mail: irkafoz@mail.ru Alekseevskaya Tatiana Innokentievna – doctor of medical science, professor; Seletsov Alexander Anatolievich – graduate student of the department, e-mail: seledsow@mail.ru.

© ГЕЛЛЕР Л.Н., МИРОМАНОВА Е.В., ОХРЕМЧУК Л.В., ДЯДЬКИНА Е.Е. – 2013
УДК:[616-053.2:615.28]:658.83(571.53)

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ Г.ИРКУТСКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Лев Николаевич Геллер¹, Елена Викторовна Мироманова¹,
Людмила Васильевна Охремчук¹, Елена Евгеньевна Дядькина²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра управления и экономики фармации, зав. – д.ф.н., проф. Л.Н. Геллер, кафедра эндокринологии и клинической фармакологии, зав. – д.м.н., проф. Л.Ю. Хамнуева; ²Детская поликлиника №3 г. Иркутска, гл. врач – Е.Е. Дядькина)

Резюме. Проведен анализ организации антимикробной фармакотерапии на амбулаторном этапе лечения у детей с 0 до 18 лет (на примере МУЗ «Поликлиника №3» г. Иркутска). Проведена оценка полноты использования ассортиментной группы ЛП при лечении инфекционных заболеваний дыхательных и мочевыводящих путей. На основании маркетинговых методов исследования изучена структура регионального фармацевтического рынка (ФР), его товарная номенклатура и глубина. Проведен маркетинговый анализ востребованности и использования антимикробных ЛП в педиатрической практике. Разработан рациональный ассортиментный портфель антимикробных ЛП для лечения инфекционных заболеваний дыхательных путей и мочеполовой системы у детей с учетом ценовой составляющей.

Ключевые слова: фармакоэкономика, фармакоэкономическая оценка, рациональные схемы лечения, фармацевтический рынок, инфекционные заболевания дыхательных путей и мочеполовой системы, маркетинговый анализ, ассортиментный портфель.

THE ANALYSIS OF THE ORGANIZATION OF ANTIMICROBIC THERAPY IN CHILDREN OF IRKUTSK AT AN OUT-PATIENT STAGE

L.N. Geller¹, E.V. Miromanova¹, L.V. Okhremchuk¹, E.E. Dyadkina²
(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Municipal Children Polyclinic №3, Russia)

Summary. The analysis of the organization of antimicrobial pharmacotherapy at an out-patient stage of treatment in children from 0 to 18 years (on the example of Polyclinic №3 of Irkutsk) is carried out. The assessment of completeness of use of the drugs assortment group is carried out in the treatment of infectious diseases of respiratory and urinary ways. On the basis of marketing methods of research the structure of the regional pharmaceutical market (PM), its product range and depth is studied. The marketing analysis of a demand and use of antimicrobial drugs in pediatric practice is carried out. The rational assortment portfolio of antimicrobial drugs is developed for treatment of infectious diseases of respiratory ways and urogenital system in children taking into account a price component.

Key words: pharmaco-economy, pharmaco-economic assessment, rational schemes of treatment, pharmaceutical market, infectious diseases of respiratory ways and urogenital system, marketing analysis, assortment portfolio.

В России ежегодно регистрируется более 64% детей, больных респираторными инфекциями и инфекциями мочевыводящих путей, более 8% больных вирусными гепатитами, от 11 до 15% больных так называемыми капельными инфекциями (корь, эпидемический паротит, коклюш, менингококковая инфекция и другие) [3].

Доля абсолютно здоровых детей в субъектах Российской Федерации колеблется от 4 до 10%. Успех лечения во многом зависит от своевременной рациональной организации антимикробной терапии и эффективности используемых антимикробных лекарственных препаратов (ЛП) [5]. Значение проблемы возрастает в соответствии с расширением использования в амбулаторной практике пероральных антимикробных ЛП и возрастания резистентности наиболее распространенных возбудителей инфекций.

Из-за огромного социального значения резистентность к современным антимикробным ЛП рассматривается как угроза национальной безопасности государства. Подобные инфекции отличает длительность течения, потребность в госпитализации, увеличения продолжительности пребывания в стационаре, что ведет к увеличению объема затрат [7]. Следует отметить, что в педиатрии ЛП часто назначаются в дозах, гораздо ниже терапевтических, данное обстоятельство приводит к селекции антибиотикоустойчивых штаммов патогенов внутри популяции. Более того, распространенное в последнее время практика самолечения приводит к тому, что до 95% случаев наблюдается самостоятельное использование антимикробных ЛП, в основном, перорального применения [4].

В целом сложившаяся проблема организации рациональной антимикробной терапии в педиатрии характеризуется с одной стороны как неоправданный отказ от назначения этих ЛП при ангинах и отитах, а с другой – как необоснованная фармакотерапия ЛП резервного ряда при неотягощенных инфекциях [6].

Сложившаяся ситуация послужила целью проведения маркетингового анализа организации антимикробной фармакотерапии у детей на амбулаторном этапе и разработки рационального ассортиментного портфеля антимикробных ЛП для детей.

Материалы и методы

Было проведено изучение 200 амбулаторных карт детей в возрасте от 0 до 18 лет на базе Детской поликлиники №3 г. Иркутска, при инфекционных заболеваниях которым назначались антимикробные ЛП.

В ходе исследования использовались методы: контент-анализ, системный и региональный подходы, АВС-, VEN-анализ, фармакоэкономический метод «затраты-эффективность» (СЕА), приемы статистической обработки (выборочный метод, методы расчета средних и относительных величин).

Результаты и обсуждение

В ходе исследования нами установлено, что на амбулаторном этапе наиболее часто антимикробные ЛП назнача-

лись в связи с инфекционными заболеваниями дыхательных путей (74,6%) и инфекциями мочеполовой системы (16,3%). Анализ назначения антимикробных ЛП детям показал, что при инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей во всех возрастных группах (до 12 месяцев, от 1-3 лет, 3-6 лет, 7-11 лет, 12-18 лет) наиболее востребованы ЛП из фармакотерапевтической группы (ФТГ): пенициллинов, макролидов и цефалоспоринов, а при инфекционных заболеваниях мочеполовой системы – ЛП из ФТГ: пенициллинов, цефалоспоринов, оксихинолинов и нитрофуранов.

Детям в возрасте до 12 месяцев наиболее часто назначались ЛП ФТГ: пенициллинов (35,5%), макролидов (33,9%); в возрасте от 1 года до 3 лет – ФТГ пенициллинов (57,7%); в возрасте от 3 до 6 лет – ФТГ: пенициллинов (54,3%), макролидов (21,7%); в возрасте от 7 до 11 лет – ФТГ пенициллинов (49,6%); в возрасте от 12 до 18 лет – ФТГ пенициллинов (45,4%), другие ФТГ (полипептидные антибиотики, противомикробные и противопротозойные, сульфаниламиды, оксихинолины) – 21,3%.

В ходе исследования нами также установлено, что детям в возрасте до 12 месяцев из ФТГ пенициллинов наиболее часто назначались ЛП: Амоксиклав (68,2%), Аугментин (31,8%); из ФТГ цефалоспоринов ЛП: Супракс (31,6%), Зиннат (26,3%); из ФТГ макролидов ЛП: Сумамед (71,4%), Макропен (28,6%); детям от 1 года до 3 лет из ФТГ пенициллинов назначались: Флемоксин соллютаб (28,9%), Амоксиклав (26,7%); из ФТГ цефалоспоринов: Цефотаксим (26,7%), Супракс (26,7%); из ФТГ макролидов: Сумамед (72,2%), Макропен (27,8%); детям от 3 до 6 лет из ФТГ пенициллинов назначались: Флемоксин соллютаб (28,0%), Амоксиклав (26,0%); из ФТГ цефалоспоринов: Цефотаксим (29,4%), Зиннат (23,5%); из ФТГ макролидов: Сумамед (75,0%), Макропен (25,0%); из ФТГ другие ЛП: Бисептол (40,0%), 5-нок (40,0%); детям от 7 до 11 лет из ФТГ пенициллинов выписывались: Флемоклав соллютаб (24,6%), Флемоксин соллютаб (27,9%); из ФТГ цефалоспоринов: Цефтриаксон (22,7%), Зиннат (22,7%); из ФТГ макролидов: Сумамед (72,0%), Макропен (28,0%); из ФТГ другие ЛП: Биопарокс (26,7%), 5-нок (26,7%); детям от 12 до 18 лет из ФТГ пенициллинов выписывались: Флемоксин соллютаб (25,0%), Амоксиклав (23,4%); из ФТГ цефалоспоринов: Цефотаксим (33,3%), Цефтриаксон (23,8%); из ФТГ макролидов: Сумамед (70,8%), Макропен (20,8%); из ФТГ другие ЛП: 5-нок (26,7%), Биопарокс (23,3%).

В процессе исследования нами также были выделены виды часто назначаемых лекарственных форм для каждой возрастной группы: детям в возрастном периоде до 12 месяцев (87,1%) и от 1 года до 3 лет чаще назначались суспензии (56,4%), от 3 до 6 лет – суспензии (39,1%) и диспергируемые таблетки (27,2%), от 7 до 11 лет (32,5%) и от 12 до 18 лет – таблетки (59,6%).

Для оценки востребованности антимикробных ЛП значительный интерес представляет проведение маркетингового анализа регионального фармацевтического рынка и позиционирование на нем рассматриваемых ЛП.

Для оценки регионального позиционирования ФТГ антимикробных ЛП при инфекционных заболеваниях у детей нами использовался коэффициент глубины ассортимента

(табл. 1). Выявлено, что глубина номенклатуры ЛП ФТГ, используемых при лечении инфекционных заболеваний у детей, составляет в среднем 51,2%.

Таблица 1
Глубина ассортимента групп антимикробных ЛП

Группа ЛП	Г _{факт}	Г _{баз}	К _г ,%
Амоксициллина+клавулановая кислота	8	14	57,1
Амоксициллина	9	15	60,0
Азитромицина	12	21	57,1
Цефиксима	4	7	57,1
Цефуросима	4	15	26,7
Нитроксолина	3	4	50,0
Фуразидина	3	6	50,0

Примечания: К_г,% – коэффициент глубины ассортимента; Г_{факт} – количество наименований ЛП на региональном рынке; Г_{баз} – количество наименований ЛП разрешенных к применению.

лина, 12 ЛП ФТГ азитромицина, по 4 ЛП ФТГ цефиксима и цефуросима, по 3 ЛП ФТГ нитроксолина и фуразидина.

В настоящее время ассортиментная структура поставляемых антимикробных ЛП включает 69,1% ЛП зарубежного производства и 30,9% – отечественного. Среди стран – производителей лидирующие позиции занимают – Словения (14,2%), Нидерланды (10,7%), Великобритания (9,3%), Хорватия (5,5%), Венгрия (4,7%), поставки из других стран составляют 24,7%.

При дальнейшем изучении установлено, что на региональном ФР большинство данных ЛП представлены в виде твердых лекарственных форм (72,0%), из которых на долю таблеток приходится 51,6%, на диспергируемые таблетки – 6,7%, на капсулы – 13,7%. Жидкие лекарственные формы занимают 28,0%, среди которых до 15,4% приходится на инъекции, а 12,6% – на суспензии.

Таким образом, полученные данные позволяют охарактеризовать региональный фармацевтический рынок как рынок с достаточной глубиной ассортимента данных ЛП (К_г=51,2%) с превалированием продукции зарубежного производства.

Таблица 2
Полнота использования ассортиментной структуры антимикробных ЛП

Группа ЛП	П _{факт}	П _{баз}	П, %
Амоксициллина+клавулановая кислота	5	8	62,5
Амоксициллина	5	9	55,6
Азитромицина	4	12	33,3
Цефиксима	2	4	50,0
Цефуросима	2	4	50,0
Нитроксолина	2	3	66,7
Фуразидина	2	3	66,7

Примечания: П_{факт} – количество ЛП данной ФТГ, назначаемых врачом; П_{баз} – общее количество ЛП данной ФТГ на региональном ФР; П, % – полнота использования ассортиментной структуры антимикробных ЛП.

врачу учесть особенности протекания заболевания у конкретного больного.

В результате, в процессе лечения врачами наиболее часто назначаются не менее 5 ЛП ФТГ амоксициллина+клавулановая кислота, 5 ЛП ФТГ амоксициллина, 4 ЛП ФТГ азитромицина, по 2 ЛП ФТГ цефиксима, цефуросима, нитроксолина и фуразидина.

Наиболее объективно уровень востребованности ЛП врачами позволяет установить АВС-анализ.

Его результаты свидетельствуют о том, что основной объем затрат населения (67,01%) связан с приобретением не менее двенадцати ЛП класса А: Супракс, гранулы для суспензии 100 мг/5 мл, Амоксиклав, порошок для суспензии 250 мг+62,5 мг/5 мл, Сумамед, таблетки 125 мг, Аугментин, порошок для суспензии 400 мг+57 мг/5 мл, Амоксиклав, табл. 500 мг+125 мг и т.д. Характерной особенностью данных ЛП является то обстоятельство, что многие из них являются ЛП ФТГ пенициллинов и относятся к ЛП первой линии лечения

почти всех инфекционных заболеваний.

Группа В представлена 17-ю ЛП, удельный вес затрат на приобретение которых составил 27,64%. Остальные ЛП вошли в группу С, их общее количество составило 14 наименований. На приобретение ЛП данной группы пациентами затрачено до 5,35% объема финансовых средств.

В соответствии с программой исследования нами проведен расчет стоимости фармакотерапии инфекционных заболеваний у детей на амбулаторном этапе.

Стоимость антимикробной фармакотерапии сочетанных поражений разных отделов верхних дыхательных путей (трахеит, фаринготонзиллит, ринофаринготрахеит, ринофарингит) у детей в возрасте до 12 месяцев варьирует от 32,40 руб. (схема №1 – Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 125 мг+31,25 мг/5 мл) до 471,84 руб. (схема №4 – Зиннат, гранулы для приготовления суспензии 125 мг/5 мл), в возрасте от 1 года до 3 лет – от 131,46 руб. (схема №3 – Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 250 мг+62,5 мг/5 мл) до 325,40 руб. (схема №5 – Супракс, гранулы для приготовления суспензии 100 мг/5 мл), в возрасте от 3 до 6 лет – от 153,36 руб. (схема №2 – Флемоксин солиотаб, таблетки диспергируемые 250 мг) до 633-30 руб. (схема №1 – Сумамед, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг), в возрасте от 7 до 11 лет – от 250,02 руб. (схема №3 – Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 250 мг+62,5 мг/5 мл) до 633,30 руб. (схема №5 – Сумамед, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг), в возрасте от 12 до 18 лет – от 237,16 руб. (схема №1 – Флемоксин солиотаб, таблетки диспергируемые 500 мг) до 861,98 руб. (схема №5 – Вильпрафен, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг).

Стоимость антимикробной фармакотерапии пиелонефрита у детей в возрасте до 12 месяцев варьирует от 63,28 руб. (схема №2 – Цефотаксим, порошок для в/в и в/м введения 1 г) до 450,50 руб. (схема №5 – Супракс, гранулы для приготовления суспензии 100 мг/5 мл), в возрасте от 1 года до 3 лет – от 63,28 руб. (схема №1 – Цефотаксим, порошок для в/в и в/м введения 1 г) до 585,70 руб. (схема №6 – Супракс, гранулы для приготовления суспензии 100 мг/5 мл), в возрасте от 3 до 6 лет – от 126,56 руб. (схема №3 – Цефотаксим, порошок для в/в и в/м введения 1 г) до 732,10 руб. (схема №6 – Супракс, гранулы для приготовления суспензии 100 мг/5 мл), в возрасте от 7 до 11 лет – от 154,63 руб. (схема №5 – Бисептол, таблетки 480 мг) до 1171,40 руб. (схема №6 – Супракс, гранулы для приготовления суспензии 100 мг/5 мл), в возрасте от 12 до 18 лет – от 376,04 руб. (схема №5 – Аугментин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг+125 мг, нитроксолин, таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг) до 1292,60 руб. (схема №7 – Супракс, капсулы 400 мг).

В целях определения эффективности используемых схем антимикробной фармакотерапии нами учтена длительность протекания основных симптомов заболеваний с учетом степени их выраженности. С этой целью нами использовано среднее количество дней, необходимых для устранения основных симптомов заболеваний при соответствующей схеме, данный норматив был принят в качестве показателя эффективности фармакотерапии.

На заключительном этапе исследования с помощью фармакоэкономического метода СЕА «затраты – эффективность», нами рассчитаны и сопоставлены коэффициенты «стоимость/эффективность» по каждой из используемой схемы фармакотерапии.

С позиций доказательной медицины при сочетанных поражениях разных отделов верхних дыхательных путей (трахеит, фаринготонзиллит, ринофаринготрахеит, ринофарингит) у детей наиболее рационально использование следующих схем проведения антимикробной фармакотерапии:

- в возрасте до 12 месяцев схема №1 Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 125 мг+31,25 мг/5 мл – 1,2 мл 3 раза в день – 6 дней – 11,57 и схема №3 Аугментин, порошок для приготовления суспензии 125 мг+31,25 мг/5 мл – 2,5 мл 3 раза в день – 6 дней;

- в возрасте от 1 года до 3 лет схема №1 Флемоклав солиотаб, таблетки диспергируемые 125 мг+31,25 мг – 1 таблетка 2 раза в день – 5 дней – 48,29 и схема №3 Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 250 мг+62,5 мг/5 мл – 1,7 мл 3 раза в день – 7 дней;

- в возрасте от 3 до 6 лет схема №4 Аугментин, порошок для приготовления суспензии 400 мг+57 мг/5 мл – 5 мл 2 раза

в день – 6 дней – 58,02 и схема №2 Флемоксин солютаб, таблетки диспергируемые 250 мг – 1 таблетка 2 раза в день – 6 дней;

– в возрасте от 7 до 11 лет схема №3 Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 250 мг+62,5 мг/ 5мл – 3,7 мл 3 раза в день – 6 дней – 96,16 и схема №2 Флемоксин солютаб, таблетки диспергируемые 250 мг – 1 таблетка 3 раза в день – 7 дней;

– в возрасте от 12 до 18 лет схема №1 Флемоксин солютаб, таблетки диспергируемые 500 мг – 1 таблетка 2 раза в день – 7 дней – 84,70 и схема №6 Аугментин, таблетки покрытые пленочной оболочкой 250 мг+125 мг – 1 таблетка 3 раза в день – 7 дней.

С позиций доказательной медицины при пиелонефрите у детей наиболее рационально использование следующих схем проведения антимикробной фармакотерапии:

– в возрасте до 12 месяцев схема №3 Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 125 мг+31,25 мг/5 мл – 1,5 мл 3 раза в день – 12 дней – 21,50 и схема №2 Цефотаксим, порошок для в/в и в/м введения 1 гр – 400 мг в/м 1 раз в сутки – 7 дней;

– в возрасте от 1 года до 3 лет схема №2 Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 125 мг+31,25 мг/5 мл – 1,8 мл 3 раза в день – 12 дней – 28,48 и схема №1 Цефотаксим, порошок для в/в и в/м введения 1 гр – 500 мг в/м 1 раз в сутки – 7 дней;

– в возрасте от 3 до 6 лет схема №3 Цефотаксим, порошок для в/в и в/м введения 1 гр – 600 мг в/м 1 раз в сутки – 7 дней – 42,19 и схема №2 Бисептол, суспензия для перорального применения 240 мг/5 мл – 5 мл 2 раза в день – 10 дней;

– в возрасте от 7 до 11 лет схема №3 Амоксиклав, порошок для приготовления суспензии 250 мг+62,5 мг/ 5 мл – 3,8 мл 3 раза в день – 6 дней, Нитроксилин, таблетки, покрытые оболочкой, 50мг – 1 таблетка 4 раза в сутки – 14 дней – 79,45 и схема №4 Аугментин, порошок для приготовления суспензии 400 мг+57 мг/ 5 мл – 6 мл 2 раза в день – 6 дней, Фурадонин, таблетки 50 мг – 1 таблетка 4 раза в сутки – 10 дней;

– в возрасте от 12 до 18 лет схема №5 Аугментин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг+125 мг – 1 таблетка 3 раза в день – 7 дней, Нитроксилин, таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг – 1 таблетка 4 раза в сутки – 14 дней – 94,01 и схема №1 Амоксиклав, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг+125 мг – 1 таблетка 2 раза в день – 7 дней, Нитроксилин, таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг – 1 таблетка 4 раза в сутки – 14 дней.

Полученные данные позволили обосновать и разработать рациональный ассортиментный портфель для некоторых инфекционных заболеваний у детей на амбулаторном этапе.

Таким образом, на основании маркетингового анализа регионального фармацевтического рынка, с позиций доказательной медицины, проведенных АВС- и контент-анализов, данных метода фармакоэкономического анализа «затраты – эффективность» нами обоснован и разработан рациональный ассортиментный портфель антимикробных ЛП для детей с учетом ценовой составляющей по следующим нозологиям: сочетанные поражения разных отделов верхних дыхательных путей (трахеит, фарингит, тонзиллит, ринофарингит, трахеит, ринофарингит) и пиелонефрит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волосовец А.П., Кривоустов С.П., Юлиш Е.И. Современные взгляды на проблему антибиотикорезистентности и ее преодоление в клинической педиатрии // Здоровье ребенка. – 2007. – № 6(9). – С.62-71.
2. Геллер Л.Н., Петров В.П. Фармакоэкономическое обоснование стоимости базисной медикаментозной терапии бронхиальной астмы у детей на амбулаторном этапе лечения: Учебно-методическое пособие. – Иркутск, ИГМУ, 2007. – С.44-65.
3. Дрёмова Н.Б. Концепция маркетинговых исследований ассортимента лекарственных средств в фармацевтических организациях // Экономический вестник фармации. – 1998. – №12. – С.67-74.
4. Иванова И.Е., Куракин Д.Н. Рациональная антибакте-

риальная терапия у детей в амбулаторных условиях. Метод. рекомендации. – Чебоксары, 2000. – 75 с.

5. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Антибактериальная терапия респираторных заболеваний в амбулаторной практике врача педиатра. – М., 1998. – 63 с.

6. Лоскутова Е.Е. Теоретические основы фармацевтической экономики // Формирование приоритетов лекарственной политики: Тезисы докладов. – М., 1995. – С.356.

7. Михайлов И.Б., Косенко И.М. Рациональная антибактериальная терапия детей и взрослых в амбулаторной практике и стационаре: Методическое пособие для врачей. – СПб., 2008. – 76 с.

8. Юданов А.Ю., Вольская Е.А., Ишмухаметов А.А., Денисова М.Н. Фармацевтический маркетинг. – М.: Изд-во Ремедиум, 2008. – 601 с.

REFERENCES

1. Volosovets A.P., Krivopustov S.P., Yulish E.I. Modern views on a problem of an antibiotic resistance and its overcoming in clinical pediatrics // Zdorovie rebenka. – 2007. – № 6(9). – P.62-71. (in Russian)
2. Geller L.N., Petrov V.P. Farmakoeconomicheskoye justification of cost of basic medicamentous therapy of bronchial asthma at children at an out-patient stage of treatment: Teaching aid. – Irkutsk: ISMU, 2007. – P.44-65. (in Russian)
3. Dryomova N.B. The concept of market researches of the range of medicines in the pharmaceutical organizations // Ekonomicheskij vestnik farmatsii. – 1998. – №12. – P.67-74. (in Russian)
4. Ivanova I.E., Kurakin D.N. Rational antibacterial therapy at children in out-patient conditions: guidelines. – Cheboksary,

2000. – 75 p. (in Russian)

5. Korovina N.A., Zaplatnikov A.L., Zakharov I.N. Antibakterialnaya therapy of respiratory diseases in out-patient practice of the doctor of the pediatrician. – Moscow, 1998. – 63 p. (in Russian)

6. Loskutova E.E. Theoretical fundamentals of pharmaceutical economy / On Saturday // Formation of priorities of medicinal policy: Abstracts. – Moscow, 1995. – P.356. (in Russian)

7. Mikhaylov I.B., Kosenko I.M. Rational antibacterial therapy of children and adults in out-patient practice and a hospital: guidelines. – St. Petersburg, 2008. – 76 p. (in Russian)

8. Yudanov A.Yu., Volskaya E.A., Ishmukhametov A.A., Denisova M.N. Farmatsevtichesky marketing. – Moscow: JSC Publishing House Remedium, 2008. – 601 p. (in Russian)

Информация об авторах:

Геллер Лев Николаевич – заведующий кафедрой, д.ф.н., профессор, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: levng@mail.ru; Миromanова Елена Викторовна – интерн, e-mail: evm91@mail.ru; Охремчук Людмила Васильевна – ассистент кафедры, к.м.н., e-mail: ohremchuk-ljudmila@rambler.ru; Дядкина Елена Евгеньевна – главный врач, e-mail: irgdp3@mccirk.u

Information About the Authors:

Geller Lev Nikolaevich – the head of the department, д.ф.н. professor, 664003, Irkutsk, Krasnogo Vosstaniya St., 1, e-mails: levng@mail.ru; Miromanova Elena Viktorovna – intern, e-mail: evm91@mail.ru; Okhremchuk Lyudmila Vasilyevna – the assistant to chair, к.м.н. e-mail: ohremchuk-ljudmila@rambler.ru; Dyadkina Elena Evgenyevna – the chief physician, e-mail: irgdp3@mccirk.u