

## КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ КАК КРИТЕРИЙ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

*Пономарев В.В., Жуйко А.А., Безруков А.Г., Пономарева А.И., Зверева М.Г.*

**МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Гинекологическое отделение, Кубанский государственный медицинский университет, кафедра клинической фармакологии, г. Краснодар**

Основы клинической фармакологии постулируют факт зависимости клинического эффекта от обеспечения терапевтической концентрации препарата в системном кровотоке, что достигается путем подбора адекватных доз, иногда в соответствии с массой тела, возрастом, динамикой эффективности на разных этапах лечения. В отношении агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов (ГнРГ) таких особенностей введения не существует, каждый препарат назначается в соответствии с единой указанной в аннотации схемой. Следовательно, особое значение в достижении и поддержании терапевтической концентрации в кровотоке имеет регулярный прием препарата в соответствии со схемой лечения, что обеспечивается только максимальной приверженностью пациентки к лечению.

Целью исследования явилось определение показателя фармакоэкономических преимуществ инъекционного и интраназального бусерелина по критерию комплаентности.

Методы. С целью решения вопроса о формировании групп медикаментозной терапии и дальнейшего сравнительного фармакоэкономического анализа агонистов ГнРГ использовались рекомендации протокола «Лечение лейомиомы матки» (2005 г). Проведено открытое рандомизированное, по принципу «случай-контроль» исследование, включающее 262 пациентки в возрасте 28 - 47 лет, длительность наблюдения 6 мес. Диагноз лейомиомы верифицировали согласно общепринятым рекомендациям. Группа № 1 (34 пациентки) принимала бусерелин 3,75 мг, в/м однократно, каждые 4 нед, группа №2 (34 пациенток) принимала бусерелин (бусерелина ацетат р-р 0,2%) в интраназальной форме, разовая доза препарата при полном нажатии помпы - 150 мкг, суточная 900 мкг. На каждый врачебный прием больные приходили с упаковками от введенных препаратов, количество упаковок и дни, в которые женщина вводила препарат фиксировалось в протоколе. При пропуске введения или задержке инъекции более трех дней ее комплаентность считалась низкой.

Результаты. Комплаентность в первый месяц лечения инъекционным бусерелином отмечалась полная, все пациентки, согласившиеся на исследование, своевременно сделали первую инъекцию бусерелина. Через три месяца лечения из трех необходимых инъекций бусерелина две пациентки пропустили по одному введению препарата. На последнем этапе лечения всего три пациентки не провели полноценный курс лечения инъекционной формой бусерелина. В первый месяц лечения высокая комплаентность зарегистрирована у 82,0%. Через три месяца лечения комплаентность снизилась до 67,7%. На последнем этапе лечения всего 52,9% пациентки не провели полноценный курс лечения интраназальной формой бусерелина. СЕР с учетом комплаентности для инъекционного бусерелина составил 407, для интраназального – 275. В сравнении с интраназальным бусерелином применение инъекционного привело к значимо лучшей комплаентности, однако и стоимость этой форма выпуска выше. Анализ приращения эффективности затрат показал, что достижение одной дополнительной единицы эффективности требует дополнительного вложения 4,06% для инъекционного бусерелина

Вывод. Сравнительный анализ фармакоэкономической эффективности терапии показал, что, в отношении комплаентности и регресса миоматозных узлов оптимален бусерелин в инъекционной форме.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 1. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.