

№1 <sup>Том5</sup>  
2017

# Фармакоэкономика

*теория и практика*

# ФФ

**Pharmacoeconomics**  
*theory and practice*

№1 <sup>Volume5</sup>  
2017

- РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКИХ  
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ
- XI НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ «РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ  
И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» –  
«ФАРМАКОЭКОНОМИКА 2017»  
27-28 МАРТА 2017г., ЕКАТЕРИНБУРГ

## ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

## PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF DRUG THERAPY FOR PSORIATIC ARTHRITIS IN HOSPITAL

Левитан А.И., Рыженкова И.Г., Решетько О.В.

Levitan A.I., Ryzhenkova I.G., Reshetko O.V.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России г.Саратов

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

**Ключевые слова:** псориаз, псориатический артрит, фармакоэпидемиология.

Псориатический артрит (ПсА) - хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника, энтезисов из группы спондилоартритов, ассоциированное с псориазом, сопровождающееся деструктивным поражением суставов, приводящим к ограничению в профессиональной и повседневной деятельности. Основной целью фармакотерапии является достижение ремиссии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов.

**Цель:** на основании фармакоэпидемиологического исследования определить особенности сложившейся фармакотерапии ПсА в рамках оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара для оптимизации лечения больных с ПсА.

**Материалы и методы.** Было проведено ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование, основанное на анализе медицинских карт стационарных больных отделения ревматологии, обратившихся за помощью в период с января 2016 по апрель 2016 г. На каждый случай заполнялась специально разработанная индивидуальная регистрационная карта. Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерной программы Excel для Windows XP.

**Результаты:** было проанализировано 30 медицинских карт стационарных больных с диагнозом «Псориатический артрит», из них 43% - мужчины, 57% - женщины, средний возраст заболевших 46,5±11,2 лет. Продолжительность госпитализаций составила 8,4±1,6 койко-дней. По клиническому варианту ПсА распределился следующим образом: псориатический спондилит - 47%, симметричный полиартрит (ревматоидоподобная форма) - 43%, ассиметричный моно-олигоартрит только у 10%.

Во время госпитализации терапию базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) получали 80% пациентов, 20% остались без нее. В стационаре метотрексат был предписан 67% пациентов, сульфасалазин - 25% и по 4% - циклоспорин и Д-пеницилламин. Препаратом выбора для лечения ПсА является метотрексат (уровень доказательности А). Средняя доза метотрексата, назначенная в стационаре, составила 11,8±5,1 мг в неделю, что соответствует современным рекомендациям, но вот инъекционная форма метотрексата была назначена только в 2 случаях, хотя ее использование более эффективно и безопасно. Во всех случаях назначения метотрексата для коррекции фолатной недостаточности была использована фолиевая кислота, что соответствует современным рекомендациям.

Необходимо отметить полное отсутствие назначений генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) - инфликсимаба, адалимумаба, этанерцепта, голимумаба, цертолизумаба пзгол и устекинумаба.

В стационаре также проводилась противовоспалительная терапия с использованием глюкокортикостероидов (ГКС) и нестероидных противо-

воспалительных средств (НПВС): 33% - ГКС, 20% - НПВС, 47% - комбинация ГКС и НПВС. ГКС в низких и средних дозах в пероральной форме были использованы у 36% пациентов, внутривенные инфузии преднизолона и пентоксифиллина - у 13%, одновременное использование пероральных форм ГКС и парентеральных совместно с пентоксифиллином - у 12%. Использование ГКС в лечении ПсА вообще не имеет доказательной базы. Системное лечение ГКС не должно проводиться, так как может приводить к обострению псориаза (уровень доказательности С). В настоящее время нет рекомендации по применению вазоактивной терапии пентоксифиллином у больных ПсА вследствие отсутствия доказательной базы. В 2 случаях имело место использование сверхвысоких доз ГКС (метилпреднизолона) в течение короткого времени 1-3 дня, так называемая пульс-терапия. В современных рекомендациях нет указаний на подобные методы лечения. Внутрисуставное введение ГКС, которое было применено у 1 пациента, также не имеет под собой доказательной основы.

НПВС, которые применялись в 67% случаев, могут назначаться больным с активным ПсА для уменьшения симптомов артрита и других воспалительных проявлений заболевания (энтезитов, спондилитов) (уровень доказательности А). В стационаре использовались различные группы НПВС и селективные, и неселективные, но преимущества какой-либо из групп НПВС не доказаны.

Противовоспалительная терапия при выписке была представлена монотерапией НПВС в 50%, ГКС в 37%, комбинацией НПВС+ГКС в 13%. Во всех случаях назначения НПВС были использованы селективные представители данной группы для перорального введения. Все назначения ГКС были представлены в виде средних и низких доз в пероральной форме. Отличительной особенностью противовоспалительной терапии в условиях стационара от амбулаторной практики стало использование ГКС в парентеральной форме, что не имеет доказанных преимуществ перед пероральной и приводит к удорожанию лечения.

Всем пациентам, получающим НПВС и/или ГКС и на стационарном этапе, и при выписке была прописана гастропротективная терапия ингибитором протонной помпы омепразолом, что соответствует рекомендациям.

**Выводы:** стационарную практику фармакотерапии ПсА и рекомендации на амбулаторный этап можно считать удовлетворительными. Большая часть пациентов получает БПВП, но необходимо отметить недостаточное использование метотрексата как препарата выбора, причем его парентеральную форму. Во всех случаях использования метотрексата была проведена профилактика развития нежелательных явлений. Необходимо отметить чрезмерное использование ГКС в качестве противовоспалительной терапии, а также отсутствие назначений ГИБП.