

німесулід
Німесил[®]

**БАГАТОФАКТОРНИЙ
МЕХАНІЗМ ДІЇ
ДЛЯ ПОДОЛАННЯ
РІЗНИХ ТИПІВ
БОЛЮ^{2*}**



**НІМЕСУЛІД №1
В УКРАЇНІ
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЄЮ ЛІКАРІВ¹**



**Апельсиновий
смак**

1. За результатами призначення серед лікарів лікарських засобів в АТС-групі M01A X17 «Німесулід» за період квартал 1 2022 – 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку "PharmXplorer" / "Фармстандарт" компанії "Proxima Research".
2. Kress HG, et al. Curr Med Res Opin. 2016;32(1):23-36.
* Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17. **Склад:** 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів. З метою зниження частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Рекомендується застосовувати після прийому їжі. **Протипоказання.** Відомо підвищена чутливість до німесуліду, до будь-якого іншого НПЗЗ або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Тяжке порушення функції нирок, порушення функції печінки та ін. **Побічні дії.** Запаморочення, лабільність артеріального тиску, диспепсія, гіпотермія та ін. Виробник. Laboratorios Menarini S.A./Laboratories Menarini S.A. **Місцезнаходження.** Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія.

Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування лікарського засобу Німесил[®]. За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Німесил[®], затверджена наказом МОЗ України № 539 від 23.03.2023, Р.П. №UA/9855/01/01.

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.
Код UA-NIM-03-2023-V1-print. Дата затвердження 29.05.2023.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Пацієнт із подагричним артритом — неочікувані знахідки

Подагра є одним із найчастіших ревматичних захворювань, яке зустрічається в лікарській практиці. Для неї характерними є підвищений рівень сечової кислоти в сироватці крові та відкладення кристалів моноурату натрію в м'яких тканинах із наступними запальними процесами. Як не потрапити в пастку при веденні пацієнтів із симптомами, приманними подагрі та які лікарські засоби є найефективніші для лікування запального болю, — розповіла керівник навчального центру «Інститут ревматології», д.мед.н., професорка Єлизавета Давидівна Єгудіна.



Є.Д. Єгудіна

На початку своєї доповіді пані Єгудіна представила послідовні кроки, які допоможуть у діагностиці та лікуванні подагри відповідно до останніх рекомендацій Національного інституту здоров'я та клінічного вдосконалення Великої Британії:

1. Підозра на подагру виникає в разі наявності таких симптомів: швидкий початок (часто вночі) сильного болю разом із почервонінням і набряком у першому або обох перших плюснефалангових суглобах (І ПФС), середній частині стопи, гомілково-стопному суглобі (ГСС), колінному суглобі (КС), кистях, зап'ястках, ліктях; та/або наявність тофусів.

2. Необхідно оцінити ймовірність септичного, запального артрити, відкладення кристалів пірофосфату кальція за наявності в пацієнта болю, почервоніння та набрякості в ділянці суглоба.

3. В осіб із хронічним запальним болем у суглобах слід також запідозрити ймовірність розвитку хронічного подагричного артрити (ПА).

4. Для оцінювання симптоматики та наявних ознак необхідно зібрати детальний анамнез і провести фізикальне обстеження.

5. Для підтвердження клінічного діагнозу важливо визначити рівень сечової кислоти в сироватці крові (СК) (у нормі СК < 360 мкмоль/л [< 6 мг/дл]).

6. Якщо під час загострення рівень СК < 360 мкмоль/л та є серйозна підозра на ПА, необхідно повторити вимірювання рівня СК через ≥ 2 тижні після того, як мине загострення.

7. Якщо діагноз подагри залишається невизначеним або непідтвердженим треба розглянути можливість проведення аспірації синовіальної рідини із суглоба та її мікроскопії, зокрема із застосуванням поляризаційного мікроскопа для виявлення кристалів моноурату натрію (МУН).

8. У разі неможливості виконання аспірації синовіальної рідини або якщо діагноз лишається невизначеним, необхідно застосувати візуалізаційні методи діагностики уражених суглобів за допомогою рентгенографії (Ro), ультразвукової діагностики (УЗД) або двоенергетичної комп'ютерної томографії (КТ) (NICE, 2022).

У таблиці наведено класифікаційні критерії подагричного артрити.

Лікування нападів подагри

У червні 2022 року британський Національний інститут здоров'я і досконалості допомоги (NICE) оновив настанови з ведення пацієнтів із подагрю, у яких зокрема зазначено:

1. У разі гострого нападу подагри препаратами першої лінії є нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), колхіцин або короткий курс пероральних глюкокортикоїдів (ГК).

2. Для профілактики небажаних наслідків на тлі приймання НПЗП необхідно розглянути додавання до лікування інгібітора протонної помпи (ІПП).

3. Якщо НПЗП і колхіцин протипоказано, погано переносяться або неефективні, рекомендовано розглянути можливість застосування внутрішньосуглобової або внутрішньом'язової ін'єкції ГК для лікування нападів

подагри (наприклад, у разі артрити І ПФС — перевага віддається в/м введенню ГК).

Для лікування гострого болю, зокрема за подагричного артрити, серед усіх НПЗП одним із дієвих препаратів є Німесил®, що підтверджують дані відповідних клінічних досліджень. Так, у рандомізованому паралельному дослідженні порівнювали аналгетичну та протизапальну дії при застосуванні гранул німесуліді (200 мг/добу) — група 1, таблеток німесуліді (200 мг/добу) — група 2 та таблеток диклофенаку натрію (150 мг/добу) — група 3 у пацієнтів із подагричним артритом. Індекси набряку та болю в суглобах вимірювали щоденно впродовж 7 днів. У пацієнтів 1-ї групи аналгетичний ефект фіксували на 20-й хвилині; у 2-й групі — протягом 1-ї години спостерігалось послаблення болю; у 3-й групі — біль зменшився у чотирьох осіб (13%) за годину після приймання препарату. Зрештою, артрит був купований у 80% пацієнтів, які отримували гранульований німесуліді, у 36% осіб, які приймали таблетки німесуліді, і у 13% пацієнтів, які застосовували диклофенак натрію (Kudaeva et al., 2007).

Ще в одному дослідженні визначали особливості застосування оригінального та генеричних НПЗП у рутинній практиці завдяки пілотному опитуванню лікарів-стоматологів та пілотному порівняльному аналізу генеричних та оригінального НПЗП, що містять гранули німесуліді, за допомогою оптичної мікроскопії.

Результати анонімного анкетування 147 стоматологів-практиків із різних областей України засвідчили, що 74,1% лікарів (n=109) надали перевагу оригінальному препарату, 25,9% (n=38) — генеричним комерційно доступним препаратам німесуліді, 11,6% (n=17) не бачили різниці між оригінальним і генеричним препаратом, 62,6% (n=92) відмічали вищий відсоток частоти побічних ефектів внаслідок застосування генеричних лікарських препаратів (ЛП) порівняно з оригінальними та 68,7% (n=101) спостерігали нижчу клінічну ефективність генеричних ЛП порівняно з оригінальними для купування болю та втамування запального процесу (Leonenko et al., 2021).

Для виявлення відмінностей щодо розподілу за розмірами кристалів активної фармацевтичної субстанції в комерційно доступних генеричних і оригінальних гранулах для приготування оральної суспензії німесуліді використовували кількісну оптичну мікроскопію. Зокрема, генеричні ЛП містять більше частинок великого розміру, що призводить до неповного розчинення препарату в травному тракті, що має суттєвий вплив на біодоступність німесуліді. Багаторазове збільшення кількості кристалів малої фракції в ЛП NB (p<0,001) може призводити до найшвидшого розчинення на початку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (Antunes-Rocha et al., 2019).

Для генеричних препаратів відмічено неповне розчинення ЛП у травному тракті, що знижує клінічну ефективність, а недосягнення клінічного ефекту спонукає пацієнтів до застосування вищих доз препарату, що, своєю чергою, може призводити до небажаних побічних ефектів (Leonenko et al., 2021).

Німесуліді має гарну шлунково-кишкову переносимість. Ризик ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) при застосуванні німесуліді нижчий, ніж за багатьох інших НПЗП, які широко використовують для купування гострого болю (Kress et al., 2016; Castellsague et al., 2013).

У ретроспективному когортному дослідженні типу «випадок—контроль» (Італія) вивчали частоту уражень верхніх відділів ШКТ серед тих, хто застосовує / не застосовує НПЗП, а також порівнювали ризик, пов'язаний із прийманням німесуліді та інших НПЗП, із ризиком у тих, хто не використовує такі препарати. Відносний ризик (ВР), пов'язаний із застосуванням німесуліді варіювався від 1,53% (загалом) до 1,81% (нові користувачі) та практично не відрізнявся за використанням високоселективних НПЗП (Castellsague et al., 2013).

При застосуванні німесуліді в пацієнтів з остеоартритом (ОА) не спостерігалось статистично значущого підвищення ризику цереброваскулярних явищ. У когортному дослідженні типу «випадок—контроль» за участю пацієнтів з ОА, які вперше отримали НПЗП за період 2002-2011 рр.

не виявлено зв'язку між поточним застосуванням НПЗП і підвищенням частоти цереброваскулярних явищ (відношення шансів (ВШ)=1,15; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,93-1,41) порівняно з минулим досвідом. Не встановлено значущого зв'язку тривалість—відповідь зі збільшенням частоти цереброваскулярних явищ порівняно з першим (ВШ=1,06; 95% ДІ 0,58-1,92), другим (ВШ=1,07; 95% ДІ 0,75-1,52) і третім (ВШ=1,11; 95% ДІ 0,79-1,56) терцилем тривалості (Lapi et al., 2016).

Частота ураження печінки, пов'язана із застосуванням німесуліді, зівставна з іншими НПЗП, а загальний ризик тяжких печінкових реакцій є низьким. У дослідженні SALT вивчали частоту випадків гострої печінкової недостатності (ГПН) на тлі приймання НПЗП, що призводило до включення до реєстру кандидатів на трансплантацію. Загальна частота випадків ГПН у разі застосування НПЗП становила 1,59 (95% ДІ 1,14-2,17) на мільйон років лікування, що відповідає 4,37 випадків на мільярд встановленої добової дози, без істотної різниці між окремими НПЗП (Gulmez et al., 2013).

Уратзнижувальна терапія в лікуванні подагри

Після приборкання гострого нападу подагри всі пацієнти цієї популяції потребують базисної уратзнижувальної терапії (УЗТ) (NICE, 2022; EULAR, 2015).

Лікування подагри методом УЗТ є неоптимальним, оскільки лише третина осіб із подагрю отримують таку терапію. Усім пацієнтам, які отримують УЗТ, рекомендовано дотримуватися стратегії «лікування до досягнення цілі», що передбачає титрування дози препарату та подальший підбір дозування, керуючись цільовими рівнями СК (< 6 мг/дл).

Такий підхід до лікування рекомендовано для пацієнтів із подагрю, які мають часті або виразні загострення, тофуси, хронічний подагричний артрит, хронічну хворобу нирок (ХХН) 3-5-ї стадії, отримують діуретичну терапію, перший напад подагри у пацієнтів віком < 40 років, високій ризик кардіоваскулярних ускладнень.

Починати УЗТ рекомендовано принаймні через 2-4 тижні після того, як напад подагри зникне. Але якщо спалах часті, УЗТ можна розпочати і під час цього періоду. Власне, після досягнення цільового рівня СК у сироватці крові рекомендовано виконувати щорічний моніторинг її рівня у пацієнтів із подагрю, які продовжують УЗТ. Пацієнтам, які обирають лікування для запобігання нападам подагри на початку або титруванні УЗТ, необхідно запропонувати

Таблиця. Класифікаційні критерії подагри

Таблиця. Класифікаційні критерії подагри		
Крок 1. Критерії «входу»	Принаймні, один епізод набрякості, болю (хворобливості) в периферичному суглобі або синовіальній сумці	
Крок 2. Достовірний критерій (діагноз подагри встановлюють без застосування нижче наведених критеріїв)	Виявлення кристалів МУН у синовіальній рідині ураженого суглоба або в тофусах	
Крок 3. Критерії (якщо достовірний критерій не виявлено)		
Клінічні: локалізація атаки	ГСС або середній відділ стопи	1
	Залучення І ПФС	2
Характеристика атаки	Одна ознака	1
• Еритема в ділянці ураженого суглоба	Дві ознаки	2
• Не виносить дотику	Три ознаки	3
• Виразне обмеження обсягу рухів		
Наявність типових атак	Один типовий епізод	1
	Рецидивувальні типові епізоди	2
Тофуси	Наявні	4
	< 4 мг/дл (< 0,24 ммоль/л)	-4
Лабораторні: рівень СК	6-8 мг/дл (0,36 - < 0,48 ммоль/л)	2
	8-10 мг/дл (0,48 - < 0,60 ммоль/л)	3
	≥ 10 мг/дл ($\geq 0,60$ ммоль/л)	4
Виявлення депозитів МУН при УЗД (наявність подвійного контуру) або при КТ	Присутні	4
Виявлення при Ro кистей і/або стоп, принаймні, 1 ерозії (симптом «пробійника»)	Присутні	4
<small>Примітки: МУН — моноурат натрію; ГСС — гомілковостопний суглоб; І ПФС — перший плюснефаланговий суглоб; СК — сироватка крові; УЗД — ультразвукова діагностика; КТ — комп'ютерна томографія. Сума балів > 8 свідчить про достовірний діагноз подагри. Адаптовано за ACR/EULAR, 2015.</small>		

колхіцин, низьку дозу НПЗП або низьку дозу перорального ГК.

Далі пані професорка представила як приклад декілька клінічних випадків.

Клінічний випадок №1

Чоловік, 45 р., звернувся до лікаря в жовтні 2020 р. зі скаргами на біль у ГСС, КС та набряклість. Відмічає посилення болю після вживання м'яса та алкоголю. Хворіє на подагру 5 років, стан погіршився за останні 4 міс. Під час огляду встановлено артрити обох ГСС і КС. Індекс маси тіла (ІМТ) – 30 кг/м², артеріальний тиск (АТ) 150-95 мм рт. ст. Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) 56 мм/год, формула без змін, С-реактивний білок (СРБ) – 26 мг/дл, СК – 560 мкмоль/л. За даними УЗД уражених суглобів, випіт у правому КС та обох ГСС, подвійний контур; проведено пункцію правого КС, введено ГК. Результат дослідження синовіальної рідини – запальні зміни, виявлено кристали МУН.

Діагноз: Подагричний артрит.

Лікування: фебуксостат 40 мг/добу з титрацією дози, Німесил® 100 мг, двічі на добу, 15 днів.

За повторної консультації (грудень 2020 р.) пацієнта продовжував турбувати біль у суглобах, артрити обох ГСС, зберігається артрит правого КС, додалися больові відчуття в ділянці ахіллового сухожилка. ШОЕ 60 мм/год, формула без змін, СРБ 22 мг/дл, СК 260 мкмоль/л. За даними УЗД: синовіт обох КС, потовщення ахіллового сухожилка. Пацієнт приймає фебуксостат 80 мг/добу + Диклоберл 100 мг/добу. За більш детальним оглядом було виявлено, що пацієнт має псоріатичні бляшки на волосистій частині голови. У пацієнтів із псоріазом часто спостерігається безсимптомна гіперурикемія, підвищується ризик розвитку подагри (ВР -1,71).

Порівняно з пацієнтами без псоріазу ризик подагри істотно підвищується серед осіб із псоріазом і супутнім псоріатичним артритом (ПсА) (ВР 4,95) (Merola et al., 2015).

Як зазначила пані Єгудіна, перебігу ПсА та подагри притаманні досить схожі клінічні ознаки, обидва захворювання мають моно- або олігоартикулярне дистальне асиметричне ураження, периартикулярну еритему, хоча при ПсА частіше спостерігається ураження хребта, сакролеїт, ніж за подагри. У цього пацієнта попередній діагноз: overglar ПсА і подагричний артрит. Наявність кристалів МУН свідчить про діагноз подагри, але брак відповіді на терапію змушує запідозрити наявність й іншого захворювання, яке потенціює і зберігає високу активність процесу.

Заключний діагноз: Пс А. Подагричний артрит. Корекція лікування: фебуксостат 80 мг/добу, Диклоберл 100 мг/добу, метотрексат 15-25 мг на тиждень.

Клінічний випадок №2

Чоловік, 42 р., звернувся до лікаря у вересні 2020 р. зі скаргами на біль у ГСС, без зв'язку з фізичним навантаженням, постійного характеру, підвищену температуру тіла до 37,2-37,5 °С; ранкову скутість до обіду. Хворіє 2 місяці, напередодні подорожував закордон, де отруївся, що супроводжувалося проносом, приймав антибіотики (невідомо які саме), суглобовий біль зменшує німесилом. Тричі вводили ГК у ГСС. Значне погіршення стану відбулося після інтенсивного фізичного навантаження тиждень тому. Скарги на періодичний біль у поперековому відділі хребта змішаного характеру. Під час огляду виявлено набряклість правого ГСС, шкірний покрив над ним теплий, значне зменшення об'єму рухів. ІМТ – 25 кг/м².

Ознак псоріазу немає. ШОЕ 50 мм/год, СРБ 105 мг/л, СК 510 мкмоль/л.

Попередній діагноз: Подагра?

За даними УЗД ГСС встановлено випіт, дослідження синовіальної рідини – запальні зміни, кристалів МУН не виявлено. Відповідно до класифікаційних критеріїв подагри (ACR/EULAR, 2015), у пацієнта виявлено: ураження ГСС – 1 бал, еритема в ділянці уражених суглобів та обмеження обсягу рухів (дві ознаки) – 2 бали, рівень СК – 3 бали. Загалом у пацієнта 6 балів, що недостатньо для діагнозу подагри, попри наявність артриту та підвищений рівень СК.

Під час дообстеження було виявлено: HLA-B27 – позитивний, антитіла до ієрсиній IgM та IgG у високих титрах. Рекомендовано консультацію інфекціоніста.

Діагноз: Реактивний артрит.

Лікування: сульфасалазин 3 гр + Диклоберл 100 мг + метилпреднізолон (МП) 12 мг щодня.

Згодом пацієнту було виконано магнітно-резонансну томографію (МРТ) крижово-клубових зчленувань і виявлено набряк ділянки лівого крижово-клубового суглоба (лівобічний сакролеїт), пізніше реактивний артрит трансформувалася у периферичний спонділоартрит, оскільки позитивний HLA-B27 свідчить про схильність до хронізації запального процесу.

Клінічний випадок №3

Чоловік, 48 р., звернувся до лікаря у червні 2022 р. зі скаргами на біль і набряк великих пальців обох стоп по черзі, посилення больових відчуттів після вживання м'яса та алкоголю, напади гострого болю. ІМТ – 26 кг/м², АТ 156/97 мм рт. ст., ШОЕ 36 мм/год, формула без змін, СРБ 16 мг/дл, СК 540 мкмоль/л.

Діагноз: Подагричний артрит.

Лікування: фебуксостат 40 мг з титрацією, Німесил® 100 мг двічі на добу.

Під час повторного звернення до лікаря у жовтні 2022 р. пацієнт скаржився на біль у зап'ястково-п'ясткових і 2,3,4 проксимальних міжфалангових суглобах обох стоп, без нападів болю. ШОЕ 46 мм/год, СРБ 18 мг/дл, СК 290 мкмоль/л.

Діагноз: Подагричний артрит.

Лікування: фебуксостат 80 мг/добу, Німесил® 100 мг двічі на добу + МП 20 мг/добу з повним скасуванням за 4 тижні.

За наступного звернення у січні 2023 р. – скарги на біль, набряк дрібних суглобів кистей і стоп, ранкову скутість до 6-7 годин, неможливість зігнути кисть у кулак.

На підставі даних УЗД було встановлено теносиновіти згиначів, випіт у порожнині суглобів кистей.

Дослідження: ШОЕ 56 мм/год, СРБ 36 мг/дл, СК 240 мкмоль/л, ревматоїдний фактор 49,20 МО/мл (позитивний), антитіла до циклічного цитрулінового пептиду (Anti-CCP) 58,0 Од/мл (позитивний).

Остаточний діагноз: Ревматоїдний артрит. Подагричний артрит.

Висновки

Підсумовуючи, Єлизавета Давидівна зауважила, що у кожного пацієнта можуть спостерігатися різні клінічні ознаки одного захворювання. Втім, після встановлення діагнозу (коли всі симптоми вказують на одну патологію) із часом можна спостерігати недостатність відповіді на терапію, чи появу додаткових симптомів, що не передбачені загальною клінічною картиною цього захворювання. Тож у такому разі постає потреба у проведенні повторного детального огляду та дообстеження стану пацієнта, а іноді і перегляду попередньо встановленого діагнозу.

Підготувала **Ірина Клима**



ІНФОРМАЦІЯ

НОВИНИ МОЗ

Урядова програма «Доступні ліки»: основні пріоритети розвитку 2024 року

Держава постійно працює над розширенням доступності програми реімбурсації «Доступні ліки» для того, щоб якомога більше пацієнтів мали змогу отримати необхідні їм ліки безоплатно або із частковою доплатою. Вартість лікарських засобів за цією програмою відшкодовує Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Зокрема, на цьому акцентував міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко під час онлайн-дискусії «Як під час війни змінюється доступ українців до ліків», що відбулася за підтримки проекту USAID «Безпечні, доступні та ефективні ліки для українців» (SAFEMed). Так, за словами очільника Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), програма містить понад 500 торговельних найменувань медичних препаратів і засобів. Загалом на програму реімбурсації 2024 року держава виділила 5,2 млрд грн, що на 500 млн грн більше, ніж минулого року.

«Основним пріоритетом на цей рік буде збільшення доступності ліків – аби люди, які мають хронічні захворювання, мали змогу безперервно приймати ліки та мали доступ до них. Для цього минулого року максимально спростили умови для відкриття аптек у сільській місцевості та прифронтових областях. Це, зокрема, уже допомогло залучити перші мобільні аптечні пункти. Вони вже функціонують на Харківщині та Черкащині. Також на Донеччині та в окремих прикордонних районах Сумщини, де стартував пілотний проєкт «Укрпошта. Аптека», завдяки якому українці можуть отримувати ліки поштою, попередньо замовивши їх через контакт-центр. Доставка ліків безоплатна. Згодом планується долучення інших прифронтових областей. Дуже важливо, що в такий спосіб можна отримати і препарати за програмою «Доступні ліки». Це дає змогу пацієнтам зекономити свої кошти», – наголосив міністр Віктор Ляшко.

Очільниця НСЗУ Наталія Гусак додала, що 2023 року до переліку програми реімбурсації вперше додали знеболювальні засоби для паліативних пацієнтів, імуносупресивні препарати і тест-смужки для визначення рівня глюкози в крові за діабету I типу.

Загалом за п'ять років роботи програмою «Доступні ліки» під адмініструванням НСЗУ вже скористалися майже 4,5 млн пацієнтів, із них понад 2,2 млн – 2023 року. Найбільше пацієнтів отримали ліки за такими напрямками: серцево-судинні захворювання; профілактика інфарктів та інсультів; цукровий діабет II типу; хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів; цукровий діабет (інсулінозалежний).

Наймасштабнішим викликом Наталія Гусак назвала підвищення доступності ліків для українців саме в сільській місцевості.

«Середня відстань для українця до аптеки в сільській місцевості становить 7 км. Є випадки, коли пацієнту треба долати відстань 17-25 км до найближчої аптеки, щоб «погасити» виписаний рецепт на «Доступні ліки», через що багато людей цього не роблять. Наприклад, у селах Київщини погашено лише 26% рецептів, тоді як показник у Києві становить 101%. Зараз МОЗ працює над тим, щоб подолати ці виклики у співпраці з органами місцевого самоврядування», – розповіла голова НСЗУ.

Упродовж багатьох років USAID підтримує Україну на шляху створення системи охорони здоров'я, яка є прозорою, орієнтованою на пацієнтів і здатною протистояти викликам. Із моменту запровадження програми реімбурсації 2017 року USAID тісно співпрацює з МОЗ, НСЗУ та іншими зацікавленими сторонами.

«USAID надало технічну та юридичну підтримку для успішного переходу програми реімбурсації від МОЗ до НСЗУ ще 2019 року, тісно співпрацюючи з новоствореною службою, щоб забезпечити її повну готовність до самостійного управління програмою.

Сьогодні програма «Доступні ліки» продовжує демонструвати надзвичайну стійкість, адаптивність і зрілість», – зазначила виконуюча обов'язки директора Офісу охорони здоров'я USAID Ukraine Тара О'Дей.

Результати дослідження, яке виконали за проєктом USAID «Безпечні, доступні та ефективні ліки для українців» (SAFEMed), засвідчили, що 80% пацієнтів користуються програмою «Доступні ліки» вже понад рік, а 78% опитаних відчули зменшення витрат на лікування завдяки впровадженню цієї платформи в життя.

Ті, у кого є досвід користування більш ніж два роки, серед найпозитивніших змін виокремили електронні рецепти, розширений перелік лікарських засобів, зручність отримання лікування, необхідного на тривалий час.

Технічна радиця проєкту SAFEMed Анна Безрук зауважила, що дослідження виконували серед пацієнтів, лікарів і фармацевтів у 20 областях України. Детальніше ознайомитися з його результатами можна за посиланням: <https://bit.ly/42SNCHf>.

«Зокрема, 77% опитаних лікарів вважають, що програма покращила доступ пацієнтів до ліків. Лікарі зазначили, що тепер пацієнти можуть проходити безперервний курс лікування і контролювати свої хронічні хвороби. До того ж вона підвищує мотивацію людей отримувати адекватне лікування, оскільки вони знають, що зможуть отримувати медичні препарати на постійній основі», – наголосила Анна Безрук.

Серед рекомендацій щодо покращення роботи програми «Доступні ліки», які наводили учасники опитування, Анна Безрук виокремила необхідність розглянути можливість розширення списку ліків, щоб включити захворювання, які на цей момент ще не охоплені програмою. Власне, опитані наводили як приклади онкологічні захворювання та основні антибіотики.

Також опитані в межах дослідження лікарі наголосили на потребі залучення лікарів до процесу відбору ліків для програми та забезпечення складних їх комбінацій, що відповідають потребам лікування пацієнтів.

Аби скористатися програмою «Доступні ліки», потрібно звернутися до лікаря та отримати електронний рецепт. Далі завітати до аптеки з позначкою «Тут є Доступні ліки» та отримати ліки безоплатно або з частковою доплатою.

Детальна інструкція – за посиланням: <https://moz.gov.ua/dostupni-liki>.

За матеріалами пресслужби МОЗ України:
<https://moz.gov.ua>