

«Астана медицина университеті» КеАҚ

ӘОЖ: 615.01:616.72-002.77 (574.24)

ХПЖ: G16H40/20, G16H20/10, A61P19/02, G06F17/40

Адалбек Бақзерде

**РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ДӘРІ-
ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ ТАЛДАУ
(АСТАНА ҚАЛАСЫ МЫСАЛЫНДА)**

7M10104-«Фармация»

Медицина ғылымдарының магистрі дәрежесін алу үшін
диссертациялық жұмыс

Ғылыми жетекші: фарм.ғ.к., доцент Асильбаева Д.А.

Ғылыми кеңесші: Тойшубекова Н.С

Астана 2025 ж.

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	3
АНЫҚТАМАЛАР	4
БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....	5
КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМІ	6
КІРІСПЕ	9
1 РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТТІҢ ТАРАУ ТРЕНДЕНЦИЯСЫ	13
1.1 Ревматоидты артрит анықтамасы, этиопатогенез, жіктелуі.....	13
1.2 Ревматоидты артриттің жаһандық және Қазақстандағы таралу динамикасы	19
1.3 Ревматоидты артриттің (РА) фармакотерапиясы.....	24
1.4 Қазақстанда және шет елдерде ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету стратегиясы.....	31
1.5 Ревматоидты артритпен ауыратын науқастардың комплаенттілігінің ерекшеліктері	37
2 МАТЕРИАЛДАР МЕН ТӘСІЛДЕР	42
2.1 Зерттеу әдістері.....	42
2.2 Зерттеу материалдары	43
3 ТӘЖІРИБЕЛІК БӨЛІМ	44
3.1 Ревматоидты артриттің эпидемиологиясы және дәрілік қамтамасыз ету қажеттілігі.....	44
3.2 Астана қаласындағы ревматоидты артритпен ауыратын науқастарға жүргізілген сауалнама нәтижелерін талдау	48
3.3 Ревматоидты артритті емдеуге арналған дәрілік заттар бойынша фармакоэкономикалық модель құру және оның тиімділігін талдау	57
3.4 Ревматоидты артритке емдеуге арналған дәрілік заттардың маркетингтік сипаттамалары мен талдау қорытындылары	62
ҚОРЫТЫНДЫ.....	70
ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР.....	71
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	73
ҚОСЫМШАЛАР.....	78
ҚОСЫМША А	78
ҚОСЫМША Б.....	78
ҚОСЫМША В.....	79
ҚОСЫМША Г	82

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Бұл диссертацияда келесі нормативтік құжаттарға сілтемелер пайдаланылады:

1. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексі.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігімен 2016 жылғы 29 қыркүйекте қабылданған Ревматоидты артритті диагностикалау және емдеу жөніндегі № 12 клиникалық хаттама.

3. «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттармен және медициналық мақсаттағы бұйымдармен қамтамасыз ету қағидаларын, сондай-ақ дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды тегін сақтандыру жүйесінде (кепілдендірілген медициналық көмек көлемі) қажеттілікті қалыптастыру қағидалары мен әдістерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-89 бұйрығы.

4. «Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын жекелеген аурулары (жағдайлары) бар азаматтарды тегін және (немесе) жеңілдетілген амбулаториялық қамтамасыз ету үшін дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 5 тамыздағы № ҚР ДСМ-75 бұйрығы.

5. «Дәрілік затты немесе медициналық мақсаттағы бұйымдарды мемлекеттік тіркеу, қайта тіркеу, дәрілік затты немесе медициналық мақсаттағы бұйымдарды тіркеу дерекнамасына өзгерістер енгізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 9 ақпандағы № ҚР ДСМ-16 бұйрығы.

6. «Тиісті фармацевтикалық тәжірибені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2021 жылғы 4 ақпандағы № ҚР ДСМ-15 бұйрығы.

АНЫҚТАМАЛАР

Осы диссертацияда келесі терминдер мен анықтамалар пайдаланылады:

Ревматоидты артрит – созылмалы эрозиялық артритпен (синовит) және ішкі ағзалардың жүйелі зақымдануымен сипатталатын этиологиясы белгісіз аутоиммунды ревматикалық ауру.

Амбулаторлық емдеу – бұл емделушілерді емдеу мекемесіне барған кезде өздері жүргізетін емдеу.

Мәліметтер қоры – мәліметтердің сипаттамаларын және оның объектілері арасындағы қатынастарды сипаттайтын концептуалды құрылымға сәйкес ұйымдастырылған мәліметтер жиынтығы;

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) – бюджет қаражаты есебінен көрсетілетін медициналық көмектің көлемі.

Динамикалық бақылау – науқастың денсаулық жағдайын жүйелі түрде бақылау, сондай-ақ осы бақылау нәтижелері бойынша қажетті медициналық көмек көрсету.

Клиникалық хаттама – аурудың немесе науқастың нақты жағдайының алдын алу, диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту және паллиативтік медициналық көмек көрсету бойынша ғылыми дәлелденген ұсыныстар.

Сәйкестік – пациенттің пайдалану нұсқауларын дәл орындауы.

Дәрілік қамтамасыз ету – халықты дәрілік заттармен қамтамасыз етуге, оның ішінде оларды өндіруді, таратуды, рецепттерді дайындауды, сапасын бақылауды, ақпараттық қамтамасыз етуді және реттеуді қамтитын шаралар кешені.

Дәрілік заттар – профилактикалық, диагностикалық және емдік мақсатта ағзаға түсетін, ағзалар мен тіндерге енетін заттар немесе заттардың қоспасы.

Маркетингтік талдау – тұтынушылардың қажеттіліктері мен қалауларын анықтау, бәсекелестік ортаны бағалау, тенденцияларды талдау және өнімге немесе қызметке сұранысты болжау үшін нарықты зерттеу процесі.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) – бұл медициналық көмек пакеті медициналық сақтандыру қорынан төленеді.

Жанама әсер – бұл оның негізгі емдік әрекетіне қатысы жоқ препаратты қолдану нәтижесінде пайда болатын жағымсыз реакция немесе әсер.

Стационарлық медициналық көмек – жағдайы ауруханаға жатқызуды қажет ететін науқастарға күтім жасау.

Фармацевтикалық басқару – бұл дәрілік заттарды қауіпсіз және тиімді пайдалануды қамтамасыз етуге бағытталған тұжырымдама және тәжірибе.

Эпидемиология – адам қоғамындағы жұқпалы аурулардың таралуы мен тоқтатылуының негізінде жатқан объективті заңдылықтарды зерттейтін, сонымен қатар жұқпалы аурулардың алдын алу әдістерін зерттейтін ғылым.

БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

Осы диссертациялық жұмыста тиісті анықтамалары бар келесідей терминдер қолданылады:

ДДСҰ – Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

ТМККБК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

ДЗ – дәрілік заттар

ҚР ДСМ – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі

МЖ – медициналық жабдықтары

НҚА – нормативтік құқықтық акт

МӘМС – міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру

ЖӘ – жанама әсерлері

ЖР – жағымсыз реакциялар

ҚР – Қазақстан Республикасы

ОА – Остеоартрит

РА – Ревматоидты артрит

УДЗ – Ультра дыбыстық зерттеу

АҚШ – Америка Құрама Штаттары

DMARD – Ауруды өзгертетін антиревматикалық препараттар

КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМІ

Сурет 1 – РА-ның жаһандық таралуы (елдер бойынша салыстырмалы шолу)

Кесте 1 – Қазақстан Республикасы бойынша 2023 жылғы Қазақстан өңірлері бойынша РА таралуы

Сурет 2 – 2019-2023 жылдар аралығындағы ревматоидты артрит ауруымен ауру статистикасы.

Сурет 3 - 100 мың адамға шаққандағы науқастар саны

Кесте 2 – Жынысына байланысты 2021-2023 жылғы Қазақстан Республикасындағы РА таралуы және сырқаттанушылығы

Кесте 3 – Астана қаласында 2020–2023 жылдар аралығында тіркелген РА жағдайлары

Кесте 4 – 2020-2023 және 2024 жылдың бірінші жартыжылдығы бойынша «СК-ФАРМАЦИЯ» жауапкершілігі шектеулі серіктестігінің есебіне сәйкес. (<https://sk-pharmacy.kz/rus/about/otchetnost>)

Сурет 4 – Өндіруші бойынша артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттардың таралуы (2024 ж.)

Сурет 5 – Ішке қабылданатын дәрілік заттардың үлестік үлестірімі (2024ж.)

Кесте 5 – Маңызды дәрілік заттардың тізімі:

Кесте 6 – Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

Кесте 7 – Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын артритті емдеу үшін тегін және (немесе) жеңілдетілген амбулаториялық қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесі

Кесте 8 – Ересек тұрғындар үшін амбулаторлық деңгейде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіндегі дәрілік заттар

Кесте 9 – Шетелдік тәжірибеде ревматоидты артритті емдеуде биологиялық препараттардың қолжетімділігін салыстырмалы талдау

Сурет 6 – Шетелдік тәжірибеде ревматоидты артритті емдеуде биологиялық препараттардың қолжетімділігін салыстырмалы талдау

Кесте 10 – Шет елдердегі РА науқастарын тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету стратегияларының салыстырмалы кестесі

Кесте 11– Комплаенттың төмен болудың негізгі себептері

1 – схема – зерттеу жүргізу жоспары

Кесте 12 – Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрілік препараттармен қамтамасыз ету

Сурет 7 – Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрілік препараттармен қамтамасыз ету диаграммасы

Кесте 13 – Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігін бағалау

Сурет 8 – Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігін бағалау диаграммасы

Сурет 9 – Пациенттер арасында жынысы бойынша сауалнама жүргізу нәтижелері

Сурет 10 – Пациенттер арасында жас аралығы бойынша сауалнама жүргізу нәтижелері

Сурет 11 – Дәрінің атауы

Сурет 12 – Дәрінің атауы

Сурет 13 – Пациенттердің дәрі-дәрмектердің қол жетімділігіне қанағаттанушылығы.

Сурет 14 – Пациенттердің дәрі-дәрмектерге қосымша өтініш жіберуі үшін, өзінің дәрігеріне қалған дәрі-дәрмектердің мөлшері туралы хабар беруі.

Сурет 15 – Пациенттің дәрігерге қалған дәрі-дәрмектердің саны туралы хабар бергеннен кейін, дәрі-дәрмектерді қаншалықты тез алуы.

Сурет 16 – Пациенттердің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпараттың сапасы мен толықтығына қанағаттануы.

Сурет 17 – Пациенттердің медициналық ұйымның дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуі және тікелей медициналық ұйымда берілетін қызмет көрсету тәртібі туралы ақпараттың толықтығы мен сапасын бағалауы.

Сурет 18 – Пациенттердің медициналық ұйымға жүгінген кезде медициналық ұйымның үй-жайларында орналасқан дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпаратқа (стендтер, ақпараттар және т. б.) жүгінгендігі.

Сурет 19 – Пациенттердің дәрі-дәрмекті өз қаражатынан төлеу қажеттілігі туындағандығы туралы.

Сурет 20 – Пациенттердің қажетті дәрі-дәрмекті үшін ревматологқа қаншалықты жиі баруы.

Сурет 21 – Пациенттердің болашақта дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуден қандай үміт күтетіндігі.

Кесте 14 – Қазақстанадағы жалпы дәрі-дәрмек шығындары және биопрепараттардың үлесі (2020–2023 жж.)

Кесте 15 – Астана қаласындағы ревматоидты артритпен ауыратын бір науқасқа шаққандағы орташа жылдық шығындар (2020–2023 жж.)

Кесте 16 – Ревматоидты артритке қарсы қолданылатын дәрілік заттардың фармакоэкономикалық талдауы

Кесте 17 – Қазақстандағы ревматоидты артритке қарсы препараттарға жұмсалған шығындардың құрылымы (2020–2023 жж.)

Кесте 18 – РА қарсы дәрілік терапияны таңдаудың фармакоэкономикалық моделі

Сурет 22 – Өндіруші бойынша ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын препараттарды бөлу (2022 ж.)

Сурет 23 – Өндіруші бойынша ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын препараттарды бөлу (2023 ж.)

Сурет 24 – Өндіруші бойынша ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын препараттарды бөлу (2024 ж.)

Сурет 25а – Пероральды қабылданған дәрілік заттарды пропорция бойынша бөлу (2022 ж.)

Сурет 25б – Парентеральді енгізілетін дәрілік заттарды үлестіру (2022 ж.)

Сурет 26а – Пероральды қабылданатын дәрілік заттарды нарық үлесі бойынша бөлу (2023 ж.)

Сурет 26б – Парентеральді енгізілетін дәрілік заттарды үлестіру (2023 ж.)

Сурет 27а – Ішке қабылданатын препараттарды дәрілік форма бойынша пропорционалды бөлу

Сурет 28б – Дәрілік нысандар бойынша парентеральді енгізілетін дәрілік заттарды ортақ бөлу (2023 ж.)

Сурет 29 (а, б, с) – Белсенді зат бойынша ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттарды бөлу (2022 - 2024 ж.)

КІРІСПЕ

Тақырыптың өзектілігі: Ревматикалық аурулар, соның ішінде ревматоидты артрит-эледегі мүгедектік пен мүгедектіктің ең көп таралған себептерінің бірі. Ревматикалық ауруларды медициналық қауымдастық ауыр созылмалы жағдайлардың даму қаупінің факторлары ретінде қарастырады, олардың салдары жиі өлімге әкелетін жазатайым оқиғаларға айналады (миокард инфарктісі, инсульт, басқа ірі тамырлардың тромбозы, жедел және созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі және т.б.).

Жыл сайын әлемде ревматизмнің шамамен 500 000 жаңа жағдайы тіркеліп, 230 000 адам осы аурудан көз жұмады. ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің дерегіне сәйкес, ревматикалық аурулармен ауыратындардың 72%-ы – еңбекке қабілетті жастағы (18–59 жас), ал 65%-ы – әйелдер. Соңғы 5 жылдағы салыстырмалы талдау тірек-қимыл жүйесі ауруларының, соның ішінде негізгі ревматикалық диагноздардың өсу үрдісін көрсетті.

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету тиімді емдеудің негізгі элементі болып табылады, өйткені дәрі-дәрмектердің дұрыс таңдалуы мен қолжетімділігі емнің нәтижесіне және науқастардың өмір сапасына шешуші әсер етеді. Осы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 5 тамыздағы № ҚР ДСМ-75 «Қазақстан Республикасында белгілі бір аурулары (жағдайлары) бар азаматтардың амбулаторлық тегін және (немесе) жеңілдікпен дәрі-дәрмекпен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету тізімін бекіту туралы» бұйрығы маңызды рөл атқарады, ол аталған категориядағы науқастар үшін дәрі-дәрмек пен медициналық бұйымдарды ұсынуды реттейді. Сонымен қатар, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-89 «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрі-дәрмекпен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету ережелерін және дәрі-дәрмек пен медициналық бұйымдарға қажеттілікті қалыптастыру ережелері мен әдістемесін бекіту туралы» бұйрығы да маңызды болып табылады.

Осылайша, аталған тақырып бойынша жүргізілген ауқымды халықаралық зерттеулерге қарамастан, Қазақстанда, соның ішінде Астана қаласында, ревматикалық аурулармен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің қолжетімділігі мен фармакоэкономикалық тиімділігі мәселелері әлі де толыққанды зерделенбеген. Бұл мәселе медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыру тұрғысынан өзекті болып табылады және жүйелі зерттеуді қажет етеді. Тиісті мемлекеттік қолдаудың жеткіліксіздігіне байланысты Астана қаласында ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін оңтайландыруға бағытталған кешенді ғылыми зерттеулер әлі жүргізілмеген. Осы жағдай зерттеудің өзектілігін айқындай отырып, оның мақсаттары мен міндеттерін анықтауға негіз болады.

Зерттеудің мақсаты:

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін оңтайландыру.

Зерттеудің міндеттері:

- 1) Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің ағымдағы жай-күйін зерделеу;
- 2) Науқастың дәрілік қамтамасыз ету жүйесіне қанағаттануына талдау жүргізу;
- 3) Астана қаласында ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін тиімді жоспарлау және басқарудың фармакоэкономикалық моделін әзірлеу.

Зерттеу объектісі:

Астана қаласындағы ревматоидты артритпен ауыратын науқастарға көмек көрсету.

Зерттеу пәні:

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесі.

Зерттеу әдістері:

- статистикалық мәліметтер;
- есеп беру және бухгалтерлік құжаттама;
- сауалнама нәтижелері.

Ғылыми жаңалығы:

Астана қаласында алғаш рет маркетингтік және фармакоэкономикалық зерттеу нәтижелері бағалау негізінде ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттарға арналған фармакоэкономикалық модель әзірленді. Сауалнама нәтижелері бойынша РА үшін фармакотерапияның тиімділігінің нақты критерийлері таңдалды.

Жүргізілген зерттеу нәтижесінде ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін жетілдіруге бағытталған нақты, дәлелді және тәжірибеде қолдануға болатын практикалық ұсыныстар әзірленді.

Практикалық маңыздылығы:

Зерттеу нәтижелері Қазақстанда ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін оңтайландыруға негіз бола алады. Ұсынылған ұсыныстарды енгізу фармакотерапияға жұмсалатын шығындарды қысқартуға, дәрілік заттардың қолжетімділігін арттыруға және пациенттердің қанағаттануын жақсартуға мүмкіндік береді. Бұл нәтижелер ревматизммен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсету сапасын арттыруға бағытталған өңірлік және ұлттық деңгейдегі бағдарламаларды әзірлеуде тиімді қолданылуы мүмкін. Сонымен қатар, бұл тәсілдер ұқсас эпидемиологиялық және әлеуметтік жағдайлары бар басқа өңірлерге де бейімделіп қолдануға жарамды.

Зерттеу жүргізу базасы:

Астана қаласы Денсаулық сақтау басқармасының қалалық емханаларында; «Астана медицина университеті» КеАҚ фармацевтикалық пәндер кафедрасы.

Қорғауға шығарылатын ережелер:

1. Астана қаласындағы ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету құрылымы мен қолжетімділігіне талдау жүргізілді, оның ішінде тағайындалған дәрілік заттардың тізбесі, олардың қолжетімділігі, баға саясат нәтижелері;

2. Ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын препараттарға арналған стратификациялық фармакоэкономикалық модель әзірленіп, аурудың ауырлық деңгейіне байланысты емді мақсатты түрде қолданудың тиімділігі дәлелденді;

3. Қазақстандағы ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін жетілдіруге бағытталған ұсыныстар әзірленді.

Зерттеудің негізгі нәтижелері, қорытындылары және практикалық ұсыныстар:

Зерттеудің негізгі нәтижелері мен қорытындылары.

1. Астана қаласында фармакоэкономикалық зерттеу нәтижелері бағалау негізінде ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттарға арналған фармакоэкономикалық модель әзірленді.

2. Жүргізілген зерттеу нәтижесінде ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін жетілдіруге бағытталған нақты, дәлелді және тәжірибеде қолдануға болатын практикалық ұсыныстар әзірленді.

Практикалық ұсыныстар

1. Қазақстан аймақтарындағы ревматоидты артрит ауруының таралу динамикасына мониторинг және талдау жүргізу:

- науқастардың жағдайын бақылаудың орталықтандырылған деректер қорын құру, бұл олардың жағдайының өзгеруіне жедел ден қоюға мүмкіндік береді.

2. Ассортиментті оңтайландыру:

- Дәріханаларда болуын қамтамасыз ету үшін дәрігерлер жиі тағайындайтын бірқатар дәрі-дәрмектердің ассортиментін сақтау.

3. Білім және ақпарат:

- Науқастарға емді сақтаудың және дәрілік заттарды дұрыс қолданудың маңыздылығы туралы білім беру іс-шараларын ұйымдастыру.

4. Отбасылық қолдау:

- емделушілерге және пациенттердің отбасы мүшелеріне емделуді ұстануды қолдау және жақсарту дағдыларын үйрету үшін тұрақты семинарлар мен тренингтер ұйымдастыру.

5. Фармацевтикалық күтім:

– Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дер кезінде анықтау және терапияны түзету үшін тұрақты тексерулер мен консультациялар жүйесін енгізу қажет.

6. Біріктірілген тәсіл:

- емделушінің емделуге бейімділігін жақсарту үшін медициналық және психоәлеуметтік қолдауды біріктіретін кешенді тәсілді қолдану.

7. Әдістерді бағалау және бейімдеу:

- Қажетті өзгерістер мен жақсартуларды енгізе отырып, қолданылатын әдістер мен ақпараттық материалдардың тиімділігіне тұрақты түрде баға беру.

Диссертацияның көлемі мен құрылымы:

Диссертациялық жұмыскіріспеден, өзара байланысты үш тараудан, қорытындыдан, қолданылған әдебиеттер тізімі мен қосымшалардан тұрады. Диссертация материалдары компьютерлік терімнің 86 бетінен құралған, 18 кесте мен 29 суретті қамтиды. Библиография 80 қолданылған әдебиеттер тізімінен тұрады.

Диссертацияның апробациясы:

1. ҚР Мемлекеттік сыйлығының лауреаты, фарм.ғ.д., фармацевтикалық пәндеркафедрасының профессоры Арыстанова Танагуль Акимбаевнаның 70 жылдық мерей тойына арналған «Заманау ифармация: білім берудегі жаңа тәсілдер және өзекті зерттеулер» атты III Халықаралық ғылыми-практикалық конференциясы. – Астана, 2023. –Б.70-71.

2. Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино Научно-практическая конференция (72-я годовичная) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике» с международным участием. – Душанбе, 2024. – Том 2, Б.44.

Жариялымдар:

1. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. «Актуальные проблемы и перспективы фармацевтической науки и практики» Материалы V Международной научно-практической конференции, посвященной 45-летию фармацевтического факультета. – LКамерово, 2024. – Б.152-156

2. «Интернаука» научный журнал №12(376). – Москва, 2025. –Б.5-7.

1 РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТТИҢ ТАРАУ ТРЕНДЕНЦИЯСЫ

1.1 Ревматоидты артрит анықтамасы, этиопатогенез, жіктелуі

Ревматоидты артрит (РА) – буындарға әсер ететін, қабынуды, ауырсынуды тудыратын және уақыт өте келе буын деформациясы мен функцияның жоғалуына әкелетін ең көп таралған аутоиммундық аурулардың бірі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша, ревматоидты артрит мүгедектіктің негізгі себептерінің бірі болып табылады, пациенттердің өмір сүру сапасын айтарлықтай нашарлатады. Жүрек аурулары мен онкологиядан кейінгі әлемде мүгедектіктің үшінші себебі ревматикалық аурулар болып табылады [1]. Дүние жүзінде жыл сайын ревматизмнің шамамен 500 000 жаңа жағдайы тіркеледі және шамамен 230 000 адам аурудан қайтыс болады [2].

РА асқынуына нақты себептері әлі анықталған жоқ, бірақ өмір салтына (темекі шегу, семіздік), сондай-ақ бірқатар өзгертілмейтін қауіп факторларына (генетикалық бейімділік, әйел жынысы, жасы) байланысты екені дәлелденген [3].

РА этиологиясы белгісіз созылмалы инфекциялық емес қабыну аурулары тобына жатады. Зерттеушілердің көпшілігі аурудың көп факторлы этиологиясын жақтауға бейім, оның дамуы генетикалық және қоршаған орта факторларының өзара әрекеттесуінен туындайды.

Компоненттердің әрқайсысының үлесі аздап болуы мүмкін және олардың жинақталуымен ғана ауру мүмкін. Бұл ең ықтимал РА гетерогенділігі РА бейімділігінде маңызды рөл атқаратын гендердің өзгермелілігіне байланысты. РА үшін ең көп зерттелген және бекітілген ассоциация HLA-DRB1 генімен, әсіресе аллельдерді кодтаумен байланысты.

DRB1 тізбегінің үшінші гипервариативтік аймағындағы аминқышқылдарының реттілігі, ортақ эпитоп (SE) деп аталатын геннің бейімділігінің дәлелі бар. SE көшірмелерінің санына байланысты РА дамуы, бұл белгілі бір дәрежеде дозаға тәуелді әсерді көрсетеді. Еуропалық аймақ тұрғындары үшін DRB1*0401 аллельдерімен РА ассоциациясы тән [11].

Гормоналды факторлар, мысалы, жыныстық гормондардың өндірісі, өйткені эстрогендер иммуностимуляциялық әсерге ие, соның ішінде В-жасушаларының белсенділігіне қатысты, ал андрогендер – иммуносупрессивті рөл талқылануда. Қоршаған орта факторларының ішінде бактериялық (стоматологиялық) және вирустық инфекциялардың рөлі талқыланады және химиялық заттарға, стресске және кәсіптік қауіптерге белгілі бір рөл беріледі [12].

Темекі шегу РА дамуының маңызды экологиялық факторы екені ең сенімді түрде анықталды. Липидтердің шамадан тыс деңгейі аутоиммундық механизмдерді бастайтын фактор болып саналады. Пептидиларгинин деаминаза ферментінің әсерінен темекі шегуге, гипоксияға, ауыз қуысының инфекциясына (периодонтит) жауап ретінде байқалатын белоктардың цитрулинизациясы (қалыпты амин қышқылы аргининді атипті - цитрулинмен ауыстыру) алып келуі дәлелденген. Протеин цитрулинизациясы иммундық жасушалардың белсендірілуін тудыруы мүмкін жасушалар (дендриттік жасушалар,

макрофагтар, Т және В лимфоциттер) осы модификацияланған ақуыздарға төзімділіктің бұзылуымен байланысты, «қабынуға қарсы» цитокиндердің – ісік некрозының факторы (TNF)- α , интерлейкин (IL)-6, IL-1, IL-17 және қабынуға қарсы цитокиндердің синтезі арасындағы теңгерімсіздікке әкелетін генетикалық факторлар (HLADR4 тасымалдануы) (IL-10, IL1 еритін антагонисті, TNF α , IL4 еритін рецепторлары) этиопатогенетикалық көрсеткіш болып табылады [13].

Цитрулинді ақуыздарға иммундық жауаптың дамуы АСВ синтезімен көрінеді, кейде аурудың клиникалық басталуынан көп бұрын. Белсендірілген жасушалар IL-1, TNF- α , IL-6, IL 8 сияқты қабынуға қарсы цитокиндерді шығарады, 1 типті Т көмекші лимфоциттерді (Th1) және Th17 жасушаларын белсендіреді.

Стимулданған Th1 және Th17 жасушалары IL-2, TNF- α , IFN- γ , IL 17, IL-21 түзіп, В лимфоциттерінің активтенуін тудырады. Соңғылары негізінен IgG изотипінің аутоантиденелерін өндіретін плазмалық жасушаларға айналады. Бұл кезде қабыну медиаторларын (гистамин, серотонин және т.б.) бөлетін мастикалық жасушалар белсендіріледі. Нәтижесінде буындардың синовиальды қабықшасының экссудативті-пролиферативті қабынуы (синовит) пайда болады, лимфоциттердің түзілуімен сипатталады. Паннус жасушалары шеміршекті бұзатын протеолитикалық ферменттерді шығарады, бұл кезде қабынуға қарсы цитокиндердің TNF- α және т.остеопорозға (жергілікті және жүйелік) әкелетін остеокластарды белсендіру және кейіннен эрозиялардың (усур) пайда болуымен сүйек тінінің бұзылуын көрсетеді [14].

Ревматоидты фактор (РФ) дегеніміз не?

Синовиальды мембрананың зақымдануы мен қабынуына жауап ретінде жергілікті иммундық жауап пайда болады - өзгерген, G класының жинақталған иммуноглобулиндер деп аталатын бұл иммуноглобулиндер бөтен деп танылады, яғни антигендерге айналады. Эктопиялық лимфоидты жасушалар мүше, синовиальды мембрана осы аутоантигенге - агрегацияланған Ig G-ге, атап айтқанда оның өзгертілген Fc фрагментіне аутоантиденелер шығарады.

Бұл аутоантиденелер Ig класы М және G, олар ревматоидты фактор (RF) деп аталады. RF - Ig М қанда жиі анықталады RF - Ig G әдетте қан сарысуында анықталмайды және анықталуы мүмкін бұл синовиальды сұйықтық. Сонымен, қанда анықталатын ревматоидты фактор (РФ) агрегацияланған IgG-нің Fc фрагментіне IgM класының аутоантиденесі болып табылады [15].

Жоғарыда сипатталғандай, РА-дағы патологиялық өзгерістердің негізі синовит - буындардың синовиальды мембранасының қабынуы. Мыналар ерекшеленеді:

Патологиялық процестің даму кезеңдері:

1. Экссудативті синовит – бастапқы кезеңдерінде дамиды.
2. Кейіннен синовиальды мембрана жасушаларының пролиферациясы пайда болады, фибрин синовиальды мембрана бүршіктерінің бетіне шөгіп, пролиферативті синовит дамиды.
3. Пролиферацияланатын грануляциялық ұлпа синовиальды шеміршекке өсіп, оны бұзады. Сүйек бастарының шеміршек және шеткі беттерінің эрозиясы

пайда болады. Шеміршек жойылып, оның орнын грануляциялық ұлпа алады. Пайда болған: паннус.

4. Соңында анкилоз дамиды, алдымен фиброзды анкилоз, содан кейін буындардың деформациясы мен қозғалмауымен сүйек анкилозы.

Жіктелуі. (Орыс клиникалық нұсқаулары. Ревматология Е.Л. Насонов редакциясы бойынша. – М.: GEOTAR, 2020)

1. Алғашқы диагностика (иммунологиялық ерекшеліктерін ескере отырып)

- РА серопозитивті (қан сарысуында РФ анықталады);
- РА серонегативті (қан сарысуында РФ жоқ) ;
- РА-ның арнайы клиникалық формалары;
- Фельти синдромы;
- Ересектердің әлі де синдромы;
- РА ықтимал.

2. Клиникалық кезең

- өте ерте кезең (аурудың ұзақтығы 6 айдан аз);
- ерте кезең (аурудың ұзақтығы 6 айдан 1 жылға дейін);
- асқынған сатысы (аурудың ұзақтығы 1 жылдан астам);
- РА типтік белгілері);
- кеш кезең (аурудың ұзақтығы 2 жыл және одан да көп + ұсақ (III-IV рентгенографиялық кезең) және ірі буындардың ауыр бұзылуы, асқынулардың болуы.

3. Аурудың белсенділігі

- ремиссия ($DAS\ 28 < 2,6$);
- белсенділіктің төмен деңгейі ($2,6 < DAS\ 28 < 3,2$);
- қалыпты белсенділік ($3,2 < DAS\ 28 < 5,1$);
- жоғары белсенділік деңгейі ($DAS\ 28 > 5,1$).

4. РА буыннан тыс (жүйелік) көріністері (төмендегі сипаттаманы қараңыз)

Буыннан тыс көріністермен:

- ревматоидты түйіндер;
- тері васкулиті;
- басқа мүшелердің васкулиті;
- нейропатия (мононеврит, полиневропатия);
- плеврит (кұрғақ, экссудативті), перикардит (кұрғақ, экссудативті);
- Шегрен синдромы;
- көздің зақымдануы (склерит, эписклерит);
- өкпенің интерстициальды ауруы;
- буыннан тыс көріністерсіз.

5. Аспаптық сипаттамалар

Эрозиялардың болуы (рентген, МРТ, УДЗ арқылы анықталады)

- эрозиясыз РА;
- эрозиялық РА.

6. Қосымша иммунологиялық сипаттамалар

- АССР-оң;
- АССР теріс.

7. Функционалдық класс (FC)

- I;
- II;
- III;
- IV (төмендегі сипаттама).

8. РА асқынулары (төмендегі сипаттама)

РА артикулярлы көріністері ең жиі кездесетін клиникалық симптомдар болып табылады. РА бар науқастардың 75-85% -ында кездеседі және буындардың зақымдануымен болуы мүмкін түрі:

– буындардың көп зақымдануы бар полиартрит – 3-тен көп, - 2-3-тен астам олигоартрит (әдетте ірі буындар)

– моноартрит – сирек бір буынның зақымдануымен, әдетте тізе.

Ерте кезеңдерде келесі буындар жиі зардап шегеді:

– Ұсақ буындар – проксимальды фалангаралық буындар, II және III метакарпофалангалды буындар, азырақ – метатарсофаланга және метакарпофаланга буындары.

– Ерте кезеңде жиілігі бойынша екінші орында тізе және білезік буындары.

– Сирек – шынтақ және сирақ буындары.

РА кезінде келесі буындар ерте кезеңде ерекше әсер етпейді (ерекше буындар):

– Дистальды фалангаралық буындар.

– I метакарпофалангалды буын (бас бармақ).

– V проксимальды фалангаралық буын [17].

Белгілері мен симптомдары:

Ревматоидты артрит бір немесе бірнеше буындарда қабыну мен ауырсынды тудырады. Бұл буындардың көпшілігіне әсер етуі мүмкін, бірақ көбінесе қолдың, білек пен аяқтың кішкентай буындары зардап шегеді.

РА созылмалы ағымымен сипатталады және емделмеген жағдайда науқастың жағдайын біртіндеп нашарлатады. Бұл буындар мен айналасындағы тіндерге елеулі зақым келтіруі мүмкін. Сонымен қатар, РА жүрек-тамыр, тыныс алу және жүйке жүйелеріне зақым келтіруі мүмкін [15].

Алғашқы белгілері мен симптомдары:

– ауырсыну;

– қаттылық;

– ауырсыну;

– бір немесе бірнеше буындардың ісінуі немесе қызаруы, әдетте таралуы симметриялы (мысалы, екі қол немесе екі аяқ).

Бұл белгілер уақыт өте нашарлап, басқа буындарға, соның ішінде тізе, шынтақ және иық буындарына әсер етуі мүмкін. РА күнделікті тапсырмаларды

орындауды шектей алады – науқасқа жазу, қолымен заттарды ұстау, жүру және баспалдақпен көтерілу қиынға соғады.

РА жиі шаршау және жалпы әлсіздік (соның ішінде безгегі, нашар ұйқы, табеттің жоғалуы), сондай-ақ депрессия белгілерімен бірге жүреді.

Ауырсыну және ұтқырлықтың төмендеуі жыныстық функцияның нашарлауына және интимдік қарым-қатынас сапасының төмендеуіне әкелуі мүмкін. Дене белсенділігінің қиындығы дене дайындығы мен өзін күту қабілетінің жоғалуына, мүгедектікке, өмір сапасының төмендеуіне және психикалық денсаулықтың бұзылуына әкелуі мүмкін [3].

РА буындардағы «қабыну ауруы» деп аталатын аурумен сипатталады.

Олар түннің екінші жартысында және таңертең науқастарды алаңдатады, қозғалыспен күшейеді, бірақ күндізгі уақытта ауырсыну әлсірейді, ал кешке қарай ол елеусіз болады.

Ауыруы тұрақты. Ауырсынудың «құбылмалылығы» жоқ. РА маңызды ерекшелігі - патологиялық процеске буындардың қатысу симметриясы: ісіну мен ауырсыну симметриясы. Бұл аурудың асқынған кезеңіне тән, буын синдромының басталуынан айтарлықтай кеш пайда болуы мүмкін. Типтік симметриялы артрит – көбінесе 6-12 ай бойы адекватты терапия болмаған кезде дамиды. Таңертеңгілік ритмді: ауырсыну жалпы және жергілікті ритммен бірге жүреді: таңертең қаттылық айқынырақ, ал кешке төмендейді. Бұл периартикулярлық қабынудан туындайды - периартикулярлық тіндердің ісінуі. Таңертеңгі қаттылықтың ұзақтығы мен қарқындылығы аурудың белсенділігін көрсетеді

Объективті тексеру кезінде зақымданған буындар (проксимальды фалангааралық, метакарпофаланга) периартикулярлы тіндердің қабынуынан және буын қуысында сұйықтықтың жиналуынан ісінген болады. Бұл өзгерістердің симметриясы сол және оң жақта (екі қолда) байқалады. Буындарды жылжытқанда айтарлықтай ауырсыну және буындардағы қозғалыс ауқымы шектеулі болады. Буын үстіндегі терінің гиперемиясы, жергілікті температураның жоғарылауы анықталады. Флюктуация анықталуы мүмкін, бұл буынішілік эффузияның болуын көрсетеді. Тәндік ауырсыну қолдың кішкентай буындарының бүйірлік қысылуынан туындайды. Бұл симптомды тексеру керек, себебі бұл диагностикалық критерий болып саналады.

Кейінірек аурудың асқынған кезеңінде классикалық түрі қалыптасады.

Аурудың соңғы сатысында (ол 3-4 рентгенографиялық кезеңге сәйкес келеді) буындардың деформациясы дамиды. Олар дұрыс айтқандай, аурудың визит картасы болып табылады, яғни «ревматоидты қол». Контрактуралардың, сүйек бастарының бұзылуының, бұлшықет әлсіздігінің, сублюксацияның және анкилоздың нәтижесінде саусақтардың деформациясы пайда болады [18].

Жүректің зақымдануы перикардит түрінде көрінуі мүмкін (жиірек адгезивті), миокардит (диффузды-интерстициалды немесе ошақты), байқалатын гемодинамикалық өзгерістерсіз митральды немесе аорталық жеткіліксіздіктің дамуымен эндокардит.

Өкпенің зақымдануы. РА кезінде өкпедегі келесі өзгерістер сипатталған:

– Көбінесе КТ-да өкпенің өзгеруімен және диффузиялық қабілетінің

төмендеуімен анықталатын өкпенің интерстициальды ауруы (бұл аурудың ұзақтығы мен белсенділігіне сәйкес келеді)

- Адгезиялардың пайда болуымен плеврит.
- Өкпеде ревматоидты түйіндердің пайда болуы (еркектерде жиі).
- Облитерациялық бронхиолит.
- Бейспецификалық инфекцияның қосылуы.
- Фиброзды альвеолит немесе бронхиолит сияқты иммуносупрессивті препараттармен емдеу кезінде өкпенің ятрогендік зақымдануы.

Бүйректің зақымдалуы – висцериттің ең көп тараған түрі және өліммен аяқталады. РА гломерулонефрит, интерстициальды нефрит және пиелонефрит дамуымен сипатталады.

Жүйке жүйесінің зақымдануы ревматоидтылықпен сипатталады невропатия. Васкулитке байланысты жүйке діңдерінің ишемиясы нәтижесінде науқастарда неврит пен полиневрит дамуы мүмкін. Церебральды синдром сипатталады: бас айналу, орталық неврологиялық симптомдар.

Көздің зақымдануы. РА кезінде құрғақ тері жиі дамиды, кератоконъюнктивит (құрғақ Шегрен синдромы аясында), ирит, иридоциклит және эписклерит болуы мүмкін.

РА бар науқастарда лимфаденопатия, спленомегалия, жалпы симптомдар (дене температурасының жоғарылауы (әдетте субфебрильді сандарға дейін), әлсіздік, астения, салмақ жоғалту), аурудың басында болуы мүмкін, артикулярлық синдромның пайда болуы және клиникалық көріністе басым болуы, РА ерте диагностикасын қиындатады[19].

Асқынулар

- Екіншілік жүйелі амилоидоз;
- Екіншілік остеоартрит;
- Екіншілік жүйелі остеопороз;
- Остеонекроз.
- Туннельдік синдромдар:
 - карпальды туннель синдромы,
 - шынтақтың қысылуы,
 - жіліншік нервтері.
- Атлантаксиалды буынның сублюксациясы, соның ішінде. бірге;
- миелопатия, жатыр мойнының тұрақсыздығы;
- омыртқа бөлімі;
- Атеросклероз.

Алдын алу және бақылау. Ревматоидты артриттің алдын алуға және аурудың дамуын бақылауға көмектесетін бірнеше негізгі алдын алу стратегиялары анықталды. Маңызды шараларға силикат пен шаңның басқа түрлерінің ингаляциялық әсерін азайту, сондай-ақ кәсіптік қауіптерді азайту және белгілі бір әдеттерді өзгерту (мысалы, темекі шегудің алдын алу және/немесе тоқтату, дұрыс тамақтану, физикалық белсенділік, қалыпты дене салмағын сақтау, тұрақты ауыз қуысының гигиенасы) кіреді. . Сонымен қатар, кейбір деректер емшек сүтімен емізу ана ағзасына қорғаныш әсер етуі мүмкін

екенін көрсетеді [20].

1.2 Ревматоидты артриттің жаһандық және Қазақстандағы таралу динамикасы

Қазіргі уақытта ревматоидты артриттің таралуына байланысты мәселе бірқатар факторларға байланысты бұрынғыдан бетер өзекті болуда [21].

Ревматоидты артритке (РА) қатысты әртүрлі елдер мен этникалық топтарда жүргізілген эпидемиологиялық зерттеулер бұл аурудың таралуының айтарлықтай өзгермелі екенін көрсетті [22]. Кейбір этникалық және нәсілдік топтарда РА-ның жиілігі едәуір жоғары, ал кейбір популяцияларда ауру мүлдем кездеспейді. Мәселен, Солтүстік Американың пима үндістері арасында РА таралуы 5,3%-ды, ал оңтүстік-шығыс Аляскадағы үндістер арасында 6,8%-ды құрайды. Ал Нигерияның ауыл тұрғындары мен Австралияның байырғы халықтары арасында РА жағдайлары тіркелмеген [23,25].

Кейбір зерттеушілердің пікірінше, дамушы елдерде РА таралу деңгейі төмен. Мысалы, РА-ның таралуы табысы төмен немесе орташа елдерде мынадай: Оңтүстік-Шығыс Азияда – 0,40%, Шығыс Еуропада – 0,37%, жалпы Еуропада – 0,62%, Америкада – 1,25%, ал Батыс Тынық мұхиты аймағында – 0,42% [24].

Еуропа елдерінде РА-ның таралуы да әртүрлі. Францияда бұл көрсеткіш 0,31%, Сербияда – 0,35%, Италияда – 0,33–0,41%, Испанияда – 0,5%, Түркияда – 0,56%, Ресейде – 0,61%, Финляндияда – 0,8%, Англияда – 0,85%, ал Польшада – 0,9% деңгейінде. Аlamanos және әріптестері Солтүстік аймақтарда РА жиілігі жоғары болатынын көрсетті [23,28].

Канадада РА таралуы 0,9%-ды құрайды, бұл Польшадағы көрсеткішпен ұқсас, ал АҚШ-та – 0,54% [27]. Африкада РА-ның орташа таралу деңгейі 0,36%, Алжирде – 0,13%, Египетте – 0,2%, Оңтүстік Африка мен Конгода – 0,9%, Нигерияда – 0,5% [26,29].

Азияда РА таралуы елдерге байланысты өзгереді. Пәкістанда – 0,142%, Оңтүстік Кореяда – 0,27%, Қытайда – 0,2%, Үндістанда – 0,75% тіркелген [30]. Жапониядағы көрсеткіш нақты көрсетілмесе де, ол осы диапазон шегінде деп саналады. Соңғы мәліметтерге сәйкес, РА аурушаңдығы Данияда – 0,078%, Швецияда – 0,041%, ал Оңтүстік Кореяда – 0,042% (Сурет 1) [31].



Сурет 1– РА-ның жаһандық таралуы (елдер бойынша салыстырмалы шолу)

Жоғарыда берілген 1-суретте – карта ревматоидты артриттің (РА) әлем елдері бойынша таралуын ел атауларын көрсете отырып бейнелейді. Карта түрлі түспен градацияланған және әрбір елдің РА-мен ауыратын ересек халықтың пайыздық үлесін анық көрсетеді.

Генетикалық және этномәдени факторлар. Кейбір этникалық топтарда ревматоидты артритке бейімділік жоғарырақ байқалады, бұл HLA-DRB1 гендерінің белгілі бір нұсқаларымен (т.ғ.д. «ортақ эпитоп») байланысты.

Өмір салты (физикалық белсенділік деңгейі, тамақтану тәртібі, зиянды әдеттердің болуы) мен экологиялық жағдай әртүрлі аймақтар арасындағы аурудың таралуындағы айырмашылықтарға да ықпал етуі мүмкін [32].

Соңғы жылдары аурудың «жасару» үрдісі байқалады: РА-ның ерте жаста басталу жағдайлары жиі тіркелуде. Бұл құбылысты өмір салты, тамақтану және стрестік факторлардағы өзгерістермен байланыстыруға болады. Өнеркәсібі дамыған, денсаулық сақтау жүйесі жақсы ұйымдастырылған елдерде ревматоидты артрит диагнозы көбінесе жоғары деңгейде қойылады. Бұл сапалы диагностикалық мүмкіндіктер мен білікті ревматологтардың болуымен байланысты [26].

Ал дамушы елдерде аурушандық деңгейі генетикалық ерекшеліктер мен өмір сүру салтындағы айырмашылықтардан ғана емес, сонымен қатар жасырын қалған жағдайлардың көптігінен (медициналық көмектің жеткіліксіздігі, скринингтің болмауы) төмен болып көрінуі мүмкін [22].

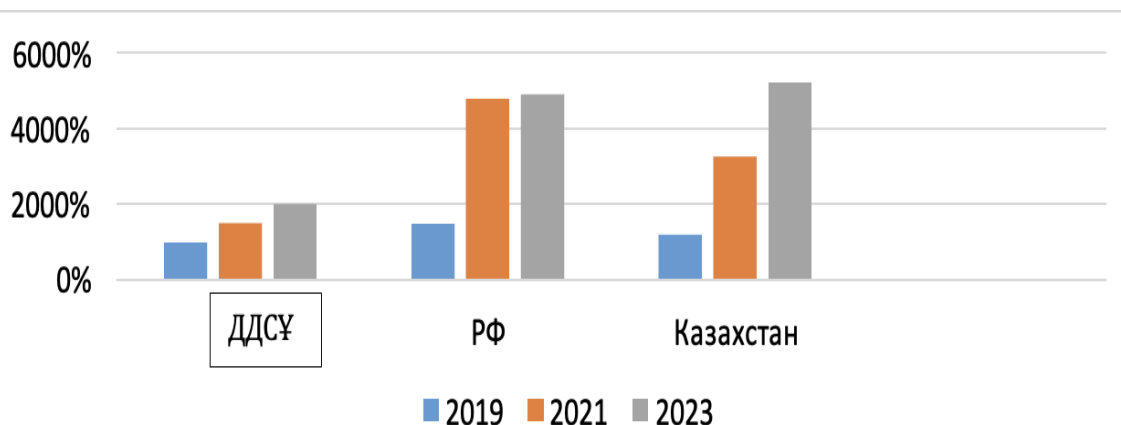
Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) мәліметтері бойынша, РА таралуы индустриалды елдерде жоғары, бұл демографиялық ерекшеліктерге, экзогендік токсиндердің әсеріне және өмір салтына байланысты қауіп факторларына және табысы төмен және орташа елдерде аурудың жеткіліксіз диагнозына байланысты болуы мүмкін. Ревматологиялық көмектің сапасын және тиісті медициналық қызметтердің тиімділігін жақсарту

үшін ревматоидты артриттің таралуы мен динамикасы туралы деректердің болуы маңызды. Әлемнің көптеген аймақтарында эпидемиологиялық зерттеулердің аздығы және дамушы елдердің көпшілігінде мұндай зерттеулердің болмауы РА-ның толық жаһандық эпидемиологиялық көрінісін алуды қиындатады. 2023 жылғы деректерге сәйкес Қазақстан Республикасында ересек тұрғындар арасында РА-ның жалпы сырқаттануы әр өңірі бойынша ревматоидты артритпен ауыратын науқастардың саны, 100 000 тұрғынға шаққандағы таралу көрсеткіші және жаңа жағдайлар бойынша аурушандық көрсетілген.

Кесте 1 – Қазақстан Республикасы бойынша 2023 жылғы Қазақстан өңірлері бойынша РА таралуы

Өңір	Тіркелген жағдайлар саны	100 000 тұрғынға шаққандағы таралуы	Аурушандық (жаңа жағдайлар)
Астана	6 430	395,1	88,0
Алматы	8 200	410,5	91,3
Шымкент	5 600	370,2	84,7
Қарағанды облысы	4 900	360,4	82,0
Түркістан облысы	4 300	340,8	79,2
Ақтөбе облысы	3 800	355,0	80,6
Жамбыл облысы	3 500	345,3	78,1
Атырау облысы	2 900	330,0	76,5
Маңғыстау облысы	2 400	310,2	73,4
Павлодар облысы	3 200	350,5	81,0
Солтүстік Қазақстан облысы	2 800	340,1	77,6
Шығыс Қазақстан облысы	3 900	360,7	83,0
Батыс Қазақстан облысы	3 100	345,9	78,9
Қостанай облысы	3 300	355,3	80,4
Ұлытау облысы	1 500	320,2	74,2
Абай облысы	2 200	335,1	76,8
Жетісу облысы	2 600	345,0	78,5

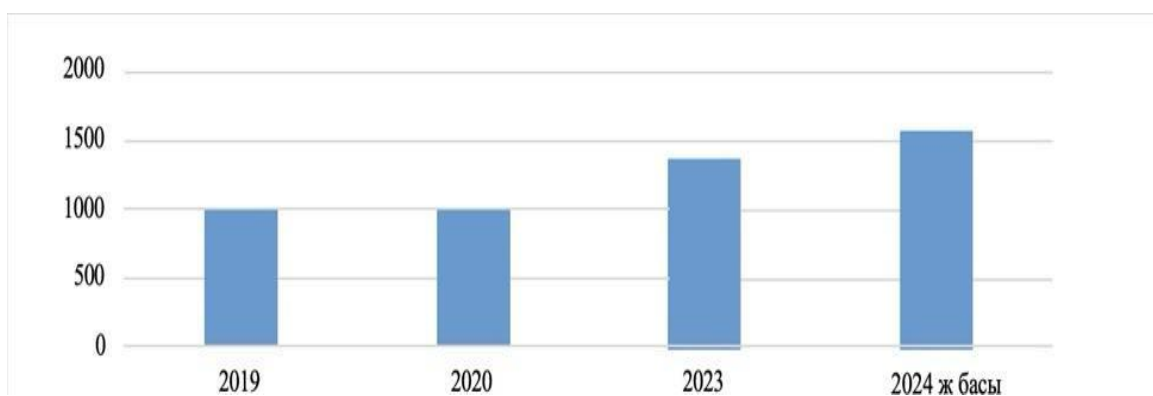
ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің статистикасы бойынша, ревматикалық аурумен ауыратындардың 72 пайызы 18 бен 59 жас аралығындағы еңбекке жарамды адамдар. Барлық жағдайлардың 65% -ы әйелдер. Соңғы 5 жылдағы тірек-қимыл аппараты ауруларының көрсеткіштерін салыстырмалы талдау жиі кездесетін және жаңадан анықталған негізгі ревматикалық аурулардың өсу динамикасын көрсетті[33].



Сурет 2 – 2019-2023 жылдар аралығындағы ревматоидты артрит ауруымен ауру статистикасы.

2020 жылы Қазақстан Республикасында ревматоидты артритпен сырқаттанушылық 0,8%-ға (100 мың адамға 944-тен 952-ге дейін) артты[34].

Иммундық-қабыну ревматикалық ауруымен тіркелген науқастардың 22,5% артроз, 9% ревматоидты артрит, 0,5%. 2023 жылы Ревматоидты аурулар ұлттық ғылыми-зерттеу орталығының мәліметтері бойынша Қазақстан Республикасында 2024 жылдың басында ревматоидты ауру 100 000 ересек халыққа 1579 науқасты құраса, 2023 жылдың сәйкес кезеңінде бұл көрсеткіш 1377 болды (3–сурет).



Сурет 3 – 100 мың адамға шаққандағы науқастар саны

РА таралуы әлемнің әртүрлі географиялық аймақтарындағы ересектер санының 0,5-тен 2% қа дейінін қамтамасыз етеді [27]. Әйелдердің еркектерге қатынасы-3:1[35]. Ауру барлық адамдарда кездеседі, жас топтарында, бірақ аурудың ең жоғары деңгейі еңбекке қабілетті жас-40-55 жас аралығында. РА пациенттердің жартысында аурудың басталуының алғашқы 3-5 жылында тұрақты мүгедектікке әкеледі және олардың ұзақтығының айтарлықтай қысқаруына әкеледі, мысалыға жүрек-қан тамырлары патологиясының, ауыр инфекциялардың, онкологиялық аурулардың пайда болуы және РА тән аурулардың жоғары жиілігіне байланысты өмір жүйелі иммундық-қабыну

процесімен байланысты асқынулар пайда болады – ревматоидты васкулит, АА амилоидозы, өкпенің интерстициальды ауруы және т.б.[36].

Кесте 2 – Жынысына байланысты 2021-2023 жылғы Қазақстан Республикасындағы РА таралуы және сырқаттанушылығы

Әйелдер арасында таралуы					Әйелдер арасындағы сырқаттанушылық			
жылдар	РА тіркелгендер саны	халық саны	100 000 абс саны	Үлесі (%)	РА тіркелгендер саны	халық саны	100 000 абс саны	Үлесі (%)
2021	56 501	9 750 039	580	0,58	12 200	9 750 039	125,1	0,125
2022	57 303	9 800 002	584	0,584	15 500	9 800 002	127,6	0,128
2023	58 001	9 850 085	588	0,588	12700	9 850 085	129,0	0,129
Ерлер арасында таралуы					Ерлер арасындағы сырқаттанушылық			
2021	15 301	8 900 132	172,0	0,172	4 101	8 900 132	46,1	0,046
2022	15 801	8 950 196	176,5	0,176	4 307	8 950 196	48,1	0,048
2023	16 002	9 000 134	177,7	0,177	4 408	9 000 134	48,9	0,049

2021–2023 жылдар аралығындағы мәліметтер ревматоидты артриттің (РА) таралуы мен сырқаттанушылығының тұрақты өсімін көрсетеді. Аурудың әйелдер арасында таралу жиілігі ерлермен салыстырғанда едәуір жоғары – бұл айырмашылық иммуногормоналды ерекшеліктермен және аутоиммундық реакцияларға бейімділікпен түсіндіріледі.

Қазақстан Республикасында ревматоидты артриттің таралуы жыл сайын тұрақты өсіммен сипатталады. Астана қаласында 2020–2023 жылдар аралығында тіркелген РА жағдайларына талдау жүргізілді.

Кесте 3 – Астана қаласында 2020–2023 жылдар аралығында тіркелген РА жағдайлары

Жыл	Тіркелген жағдайлар саны	100 000 тұрғынға шаққандағы таралуы	Аурушандық (жаңа жағдайлар)
2020	5 420	361,2	82,5
2021	5 770	373,0	85,1
2022	6 110	384,6	86,7
2023	6 430	395,1	88,0

2020 жылдан бастап РА-мен ауыратын науқастар саны 18,7%-ға артқан, ал 100 000 тұрғынға шаққандағы көрсеткіш 2023 жылы 395,1 құрады. Бұл науқастардың көбеюін, ерте диагностикалау көрсеткішінің жақсарғанын немесе нақты науқастарды тіркеудің жүйелі жолға қойылғанын көрсетуі мүмкін.

1.3 Ревматоидты артриттің (РА) фармакотерапиясы

Ревматоидты артритті емдеу мүмкін емес, сондай-ақ басқа мүшелерді зақымдайтын созылмалы аутоиммундық ауру. Уақыт өте келе ауру буындардың деформациясына, функционалдық қабілеттіліктің жоғалуына және пациенттің өмір сапасының едәуір төмендеуіне әкеледі [37]. Сондықтан ревматоидты артритті емдеудің негізгі мақсаты – қабыну үдерісін бақылау, аурудың асқынуын тоқтату және буындардың бұзылуын алдын алу болып табылады. Бұл мақсатқа фармакотерапия арқылы қол жеткізіледі.

Қазақстан Республикасындағы дәрілік заттардың ассортименті

Медицинада қолдануға рұқсат етілген ревматоидты артритті емдеуге арналған препараттардың ауқымы жыл сайын кеңейіп келеді. Жаңа дәрілік заттар (ДЗ) әзірленуде және тіркелуде, дәрілік формалар жетілдіріліп нақтылануда. Ғылыми жарияланымдарды ретроспективті талдау көрсеткендей, тіркелген дәрілік заттардың ассортиментін фармакологиялық топтар, препараттың шығу тегі (мысалы, шөптік) және оларды қолдану әдісі бойынша зерттеулер жүргізілді.

Сәйкес:

«Дәрілік затты немесе медициналық мақсаттағы бұйымдарды мемлекеттік тіркеу, қайта тіркеу, тіркеу дерекнамасына өзгерістер енгізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 9 ақпандағы № ҚР ДСМ-16 бұйрығының (2023 жылғы 8 сәуірдегі өзгерістер мен толықтырулармен) талаптарына сәйкес жүзеге асырылады.

«Азаматтардың жекелеген санаттарын тегін және (немесе) жеңілдетілген амбулаториялық-емханалық қамтамасыз ету үшін дәрілік заттардың және медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2021 жылғы 5 тамыздағы № ҚР ДСМ-75 бұйрығымен. Қазақстан Республикасының жекелеген аурулары (жағдайлары) бар (өзгертулермен және толықтырулармен) 21.09.2024 ж.

«Қазақстандық дәрілік заттардың ұлттық формулярын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 18 мамырдағы № ҚР ДСМ-41 бұйрығымен (24.06.2023 жылғы өзгерістер мен толықтырулармен)

«Дәрілік заттарды ұтымды пайдалануды бағалау қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 3 қарашадағы № ҚР ДСМ-179/2020 бұйрығымен.

«Қазақстан Республикасындағы стационарлық жағдайларда медициналық көмекті ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 24 наурыздағы № ҚР-ДСМ-27 Бұйрығымен (бұр.ред.қара) 2024 жылғы 12 шілде)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің клиникалық хаттамалары – 2016 (Қазақстан)

IQVIA халықаралық аналитикалық компаниясының есебіне сәйкес, қазақстандық фармацевтикалық нарықтың құны (медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне бөлшек сауда мен сатып алуды есепке алғанда) 2023

жылға дистрибьюторлық бағамен 987,3 млрд теңгені құрады, бұл 15,4%-ға жоғары. 2022 жылға қарағанда (854,79 млрд. теңге) (бюджеттік сегменттің өсуі 20,1%, бөлшек сауда – 12,46%), бұл ретте сатылған өнімдердің саны (пакеттер саны) нақты түрде өскен жоқ, өсім небәрі 0,2 құрады. %, бұл 1 бірлікке өсу құнын көрсетеді тауарлар. Демек, орташа нарықтық баға 1 бірлік. тауарлар 15,25%-ға өсті, бюджеттік сегментте өсу 9,1% (стационарлық нарық – 8,7%, АЛО – 5,1%), бөлшек сауда сегментінде – 14,4% [38] (5–кесте).

Кесте 5 – 2020-2023 және 2024 жылдың бірінші жартыжылдығы бойынша «СК-ФАРМАЦИЯ» жауапкершілігі шектеулі серіктестігінің есебіне сәйкес. (<https://sk-pharmacy.kz/rus/about/otchetnost>)

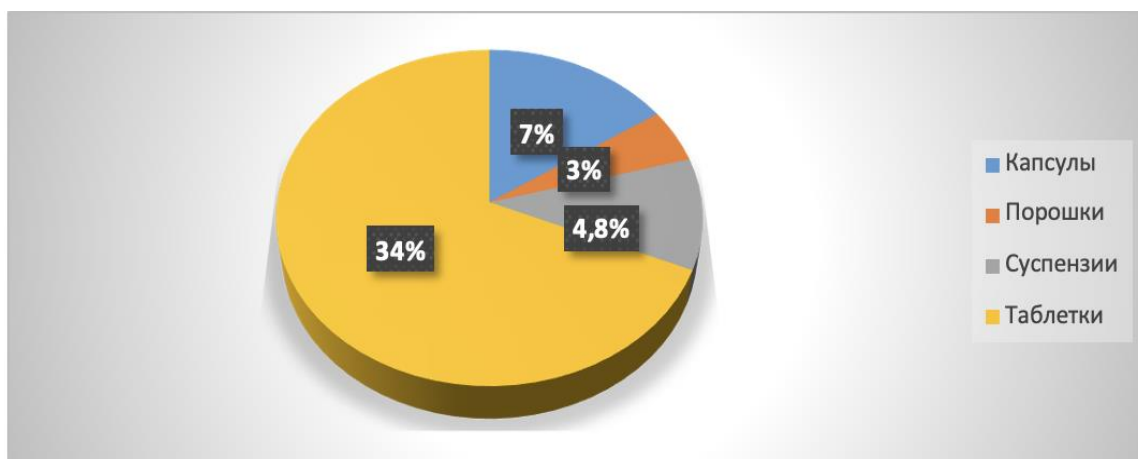
Нарық сегменті / Жыл	Соммасы,млрд.теңге				
	2020	2021	2022	2023	2024 ж
Бюджет сегменті	265,96	319,30	341,88	410,42	58,3
Стационар	129,56	157,25	159,65	187,51	122
Ало	136,40	162,06	182,23	222,92	136,3
Бөлшек сегмент	403,80	445,97	512,91	576,83	308,2
Барлығы	669,76	765,27	854,79	987,26	566,5

Зерттеудің бірінші кезеңінде 2024 жылға арналған артритті емдеуге арналған Қазақстан Республикасының дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың мемлекеттік тізілімінің деректері негізінде контент-талдау жүргізілді. Жүргізілген талдау нәтижелері бойынша 2024 жылы тіркелген және артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттар өндірушілерге қатысты пайыздық үлеспен келесідей бөлінді: 10,5% отандық өндірушілер, 13,5% ТМД елдерінен (Ресей, Украина) өндірушілер болды. , Болгария, Грузия), 76,6% - Үндістан, Түркия, Қытай және АҚШ өндірушілері[39](4-сурет).



Сурет 4 – Өндіруші бойынша артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттардың таралуы (2024 ж.)

Артритті емдеуге арналған дәрі-дәрмектер парентеральды және ауызша қабылданады. Дәрілік заттарды нысандары бойынша талдау келесі нәтижелерді көрсетті. 2024 жылғы мәліметтер бойынша артритті емдеуге арналған ішке қабылданатын дәрілердің ассортименті келесідей бөлінді: 8,2% - капсулалар, 2,7% - ұнтақтар, 5,6% - суспензиялар, 36% - таблеткалар. Парентеральді енгізілетін препараттар: 2,1% - жергілікті қолдануға арналған ерітінділер мен патчтар, 3,9% - ректалды қолданылатын препараттар, 5,9% - лиофилизат және ұнтақтар, 15,5% - жақпа майлар, 17,5% - инъекциялар (5-сурет) [40].



Сурет 5 – Ішке қабылданатын дәрілік заттардың үлестік үлестірімі (2024ж.)

Зерттеудің екінші кезеңінде «Қазақстандық дәрілік заттардың ұлттық формулярын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 18 мамырдағы № ҚР ДСМ – 41 бұйрығының (өзгертулері мен толықтыруларымен) деректері негізінде 24.06.2023 жылғы толықтырулар), ICD кодексіне және ревматоидты артрит ауруының атауына сәйкес мазмұнды талдау жүргізілді. Науқастарды емдеуді ревматологтар жүргізуі керек (ерекшелік ретінде – жалпы тәжірибелік дәрігерлер, бірақ ревматологтың консультативтік қолдауымен) және дәрігер мен пациенттің тығыз өзара әрекеттестігіне негізделуі керек [41].

РА емдеу дәрілік терапияны, соның ішінде NSAIDs, GCs, DMARDs және GIBPs ұтымды пайдалануға негізделген. Талдау нәтижелері бойынша хаттамада бекітілген және артритті емдеу үшін қолданылатын препараттар өндірушілерге қатысты келесідей бөлінді (5-кесте).

Кесте 5 – Маңызды дәрілік заттардың тізімі:

Дәрі	Фармакологиялық тобы	Енгізу жолы және бірлік	Саны
Цитостатикалық терапия			
L01BA01 Метотрексат	Антиметаболит	ішке, терішілік	51

L04AA13 Лефлуномид	Иммунодепрессант	Таблеткалар	5
A07EC01 Сульфасалазин	Сульфониламид	Ішке	2
L01AA01 Циклофосфамид	Иммунодепрессант	Қантамырiшiлiк	5
Глюкокортикостероидты терапия			
H02AB04 Метилпреднизолон	Синтетикалық глюкокортикостероидты гормоналды препарат	iшке, терiшiлiк	11
H02AB06 преднизолон	Синтетикалық глюкокортикостероидты гормоналды препарат	iшке, терiшiлiк	11
Нестероид емес қабынуға қарсы препараттар			
Диклофенак	Сiрке қышқылының туындысы	iшке, терiшiлiк	33
M01AC06 Мелоксикам	ингибитор ЦОГ-2	iшке, терiшiлiк	45
Нимесулид	Сульфаниламидтер класының NSAID-терi	Ішке	-
M01AC05 Лорноксикам	ингибитор ЦОГ-2	iшке, терiшiлiк	16
M01AB16 Ацеклофенак	Фенилатсiрке қышқылының туындысы	Ішке	8
M01AH05 Эторикоксиб	Коксибтар	Ішке	34
M01AE03 Кетопрофен	Пропион қышқылының туындысы	iшке, терiшiлiк	19
Кальций және D дәруменi препараттары			
Кальция карбонат 2500 мг		Ішке	8
L04AC07 Тоцилизумаб	Иммуносупрессант, интерлейкин 6 рецепторларының блокаторы	тері асты	4
L01XC02 Ритуксимаб	Иммуносупрессант, моноклональды антидене, B жасушаларына қарсы дәрі	Қантамырiшiлiк	17
L04AB02 инфликсимаб	Иммуносупрессант, TNF- а-ға химерлі моноклоналды антидене	Қантамырiшiлiк	3
Биосимиляр инфликсимаба	Иммуносупрессант, TNF- а-ға химерлі моноклоналды антидене	Қантамырiшiлiк	-
L04AB01 этанерцепт	TNF-а және лимфотоксинге рекомбинантты химерлі	Терiастылық	6

	ақуыз		
L04AB04 адалимумаб	Иммуносупрессант, адамның TNF-ке рекомбинантты моноклоналды антиденелері	Теріастылық	7

Кесте 6 – Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі

Дәрі	Фармакологиялық тобы	Енгізу тәсілі	
Опиоидты анальгетиктер			
N02AX02 трамадол	Опиоидты есірткілік анальгетик	Қантaмыр ішілік, бұлшықет ішілік	6
N02AX02 трамадол	Опиоидты есірткілік анальгетик	Ішке	9
Витамины			
B03BB Фолий қышқылы	Витамин	Ішке	9

Зерттеудің үшінші кезеңінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 5 тамыздағы No ҚР ДСМ – 75 «Тегін және медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесін бекіту туралы» бұйрығының деректері негізінде (немесе) белгілі бір аурулары (жағдайлары) бар Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын жеңілдетілген амбулаториялық-емханалық қамтамасыз ету» (21.09.2024 жылғы өзгерістер мен толықтырулармен) АХҚО кодексіне сәйкес контент-талдау жүргізілді, сондай-ақ ревматоидты артрит ауруының атауы [8].

Талдау нәтижелері бойынша тапсырыспен бекітілген және артритті емдеу үшін қолданылатын препараттар өндірушілер арасында келесідей бөлінді: (6-кесте)

Кесте 7 – Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын артритті емдеу үшін тегін және (немесе) жеңілдетілген амбулаториялық қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесі

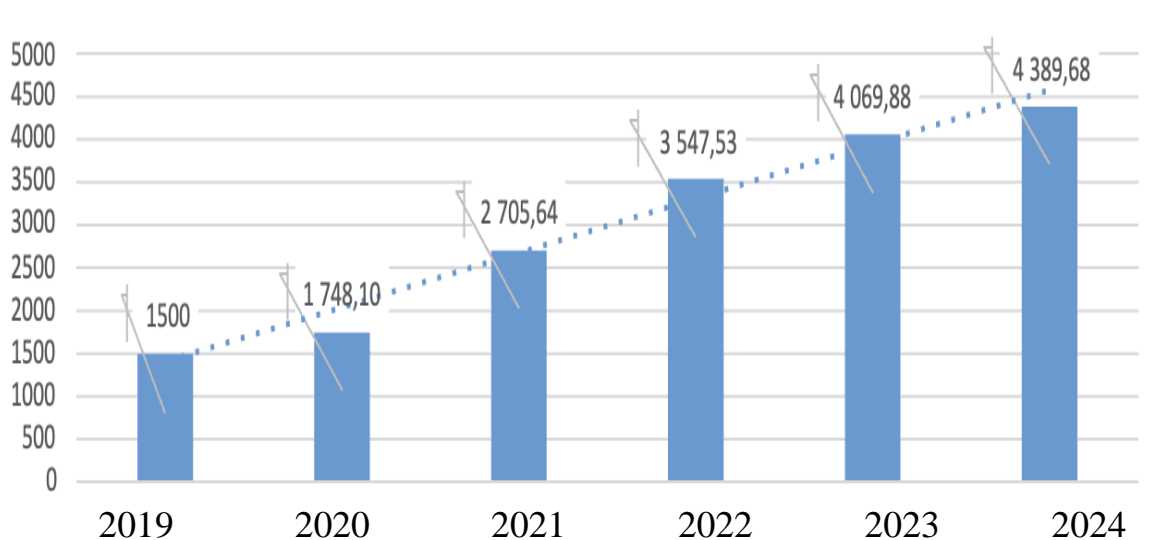
МК Б код-10	Дәрілік препараттарды тағайындау көрсеткіштері (арудың дәрежесі, сатысы, ауырлығы).	Дәрілік заттардың (дәрілік нысаны) немесе медициналық мақсаттағы бұйымдардың немесе мамандандырылған медициналық бұйымдардың атауы	Өндіруші

M05 - M06	Барлық кезеңдері мен ауырлық дәрежесі	Метилпреднизолон, Таблетка (16мг,4мг),	Орион Корпорейш н. Финляндия Стерил-Жене Лайф Сайэнсиз (П) Лтд, Индия
		инъекциялық ерітіндіні дайындауға арналған лиофилизат	Хикма Фармасаутика (Португалия) С.А.Португалия
		Метотрексат Таблетка(2.5мг)	Celon Labs, Индия
		инъекциялық ерітінді	Онкотек Фарма Продукцион Гмбхгермания
		Лефлуномид, таблетка 20мг	Кусум Хелткер Пвт. Лтд,Индия
	Бірінші қатардағы терапия тиімсіз болған жағдайда медициналық ұйымның дәрігерлік-консультациялық комиссиясының шешімімен мамандандырылған мамандардың қатысуымен жүргізіледі.	Голимумаб, инъекциялық ерітінді	Бакстер Фармасьютикал Солюшнз Ллс,Сша
		Ритуксимаб, көктамыршілік инфузияға арналған ерітіндіге арналған концентрат	Қарағанды фармацевтикалық кешені
	Ересек пациенттерде белсенділік орташа немесе жоғары болған жағдайда, ауруды өзгертетін антиревматикалық препараттармен және ісік некрозының факторы антагонистерімен бұрынғы терапияның тиімсіздігі және төзімсіздігі, төзбейтін уыттылық жағдайында мамандандырылған медициналық ұйымның консультативтік-кеңесші комиссиясының шешімі бойынша мамандар	Тоцилизумаб, тері астына енгізуге арналған ерітінді 162 мг/0,9 мл	Веттер Фарма- Фертигунг Гмбх И Ко.Кг Германия

2023 жылы ең танымал он дәрі-дәрмектің жалпы үлесі «СК-Фармация» жауапкершілігі шектеулі серіктестігі аймақтық медициналық ұйымдарға

стационарлық және амбулаторлық деңгейде жөнелтілген жалпы көлемнің 18%-ын құрады. Тұтыну бойынша бесінші орында ревматоидты артритті емдеуге арналған Simponi (Golimumab, инъекциялық ерітінді) препараты. 2023 жылы 7461,62 миллионға сатып алынды [42].

ТОП-10 нозологияны емдеуге жұмсалған шығындар 168,09 млрд теңгені немесе амбулаториялық-емханалық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге бөлінген бюджет қаражаты шегінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің жалпы шығындарының 73%-ын құрайды. Ревматоидты артрит ТОП-10 нозология бойынша емдеу құнының алтыншы орнында. 2023 жылы шығыс көлемі 14%-ға өсті. 2019 жылдан 2024 жылға дейін ревматоидты артрит шығындары 60%-ға өсті [43](6-сурет).



Сурет 7 – 2019-2024 жж. бірінші жартыжылдықтағы ревматоидты артритті емдеуге арналған шығыстар (<https://sk-pharmacy.kz/rus/about/otchetnost>)

Ревматоидты артрит емделмеген жағдайда буындар мен қоршаған тіндерге елеулі зақым келтіруі мүмкін[1]. Ауру жүректің, өкпенің немесе жүйке жүйесінің бұзылуын тудыруы мүмкін. Дүние жүзінде 350 миллионнан астам адам артритпен ауырады (Global RA Network, 2021). 2020 жылы дүние жүзінде ревматоидты артритпен ауыратын шамамен 17,6 миллион (95% CI 15,8–20,3) адам (барлық жастағы) болды, бұл 1990 жылдан бері 121% (117–125) өсті. Жас бойынша стандартталған жаһандық таралу деңгейі 100 000 халыққа шаққанда 208,8 жағдайды (186,8–241,1) құрады (кесте), 1990 жылдан бері 14,1%-ға (12,7–15,4) өсті[44]. Қабыну артритін емдеу үшін Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының негізгі дәрілік заттардың үлгілік тізімі ауруды өзгертетін 5 ревматикалық препараттарды (DMARD) қамтиды[45].

Біздің талдауымыз көрсеткендей, Қазақстан Республикасында медициналық қолдануға рұқсат етілген дәрілік заттардың ассортименті 6952-ден астам атауды қамтиды, оның 1016 атауы Қазақстан Республикасында өндіріледі. Мемлекеттік тізілімде ревматоидты артритті емдеу үшін тіркелген 309 дәрілік зат (27 отандық өнім) бар. 2020 жылы Қазақстан Республикасында ревматоидты

артритпен сырқаттанушылық 0,8%-ға (100 мың адамға 944-тен 952-ге дейін) артты. IRR тіркелген науқастардың 22,5% артроз, 9% ревматоидты артрит, 0,5%. 2023 жылы ревматоидты артрит ұлттық ғылыми орталығының мәліметтері бойынша Қазақстан Республикасында 2024 жылдың басында ревматоидты аурумен сырқаттанушылық 100 000 ересек халыққа шаққанда 1579 науқасты құраса, 2023 жылдың сәйкес кезеңінде бұл көрсеткіш 1377 болған.

1.4 Қазақстанда және шет елдерде ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету стратегиясы

Ауруды емдеудің тиімділігі көбінесе қолжетімді медициналық ресурстарды оңтайлы пайдалануға байланысты, бұл өз кезегінде медициналық және фармацевтикалық қызметтерді мұқият жоспарлауды және үйлестіруді талап етеді [46].

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету тиімді емдеудің негізгі элементі болып табылады, өйткені дәрі-дәрмектердің дұрыс таңдалуы мен қолжетімділігі емнің нәтижесіне және науқастардың өмір сапасына шешуші әсер етеді [47]. Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексі міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесі аясында медициналық көмекті ұсынудың негіздерін айқындайды, бұл өз кезегінде ревматоидты артритпен ауыратын пациенттердің сапалы медициналық көмекке қолжетімділігін кеңейтеді.

Осы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 5 тамыздағы № ҚР ДСМ-75 «Қазақстан Республикасында белгілі бір аурулары (жағдайлары) бар азаматтардың амбулаторлық тегін және (немесе) жеңілдікпен дәрі-дәрмекпен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету тізімін бекіту туралы» бұйрығы маңызды рөл атқарады, ол аталған категориядағы науқастар үшін дәрі-дәрмек пен медициналық бұйымдарды ұсынуды реттейді. Сонымен қатар, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-89 «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрі-дәрмекпен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету ережелерін және дәрі-дәрмек пен медициналық бұйымдарға қажеттілікті қалыптастыру ережелері мен әдістемесін бекіту туралы» бұйрығы да маңызды болып табылады.

Қазақстанда жаңа терапевтік тәсілдер, соның ішінде биологиялық препараттар белсенді енгізілуде, бұл емдеудің мүмкіндіктерін айтарлықтай кеңейтеді. Алайда, жаңа, қымбат әдістерді енгізумен бірге, дәрілерді мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінде қолжетімділік және рационалды пайдалану мәселелерін бағалау қажеттілігі туындап отыр. Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында (ҚР) денсаулық сақтау саласындағы атқарушы органдар 2019 жылғы 26 желтоқсандағы № 982 «2020-2025 жылдарға арналған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамыту мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы» Қаулысын іске асыру аясында және «Қазақстан

Республикасының 2026 жылға дейінгі денсаулық сақтауды дамыту тұжырымдамасына» сәйкес азаматтардың дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету сапасына қанағаттанбаушылық мәселелерін шешуге бағытталған шараларды жүзеге асыруда

Кесте 8 – Ересек тұрғындар үшін амбулаторлық деңгейде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіндегі дәрілік заттар

АХЖ-10 коды	Арудың атауы	Дәрілік заттың (дәрілік түрі) атауы	Дәрілік заттарды тағайындау көрсетілімдері	АТХ коды
M05-M06	Ревматоидты артрит	Метилпреднизолон (таблетка, инъекцияға арналған ерітінді дайындауға арналған лиофилизат)	Арудың барлық сатылары мен дәрежелері үшін	H02AB04
		Метотрексат (таблетка, инъекцияға арналған ерітінді)		L01BA01
		Лефлуномид (таблетка)		L04AA13
		Голимумаб (инъекцияға арналған ерітінді)	Бейінді мамандардың қатысуымен медициналық ұйымның дәрігерлік-консультациялық комиссиясының шешімі бойынша бірінші желілік терапияның тиімсіз болуы кезінде	L04AB06
		Ритуксимаб (көктамыр ішіне инфузияға арналған концентрат)	Бейінді мамандардың қатысуымен медициналық ұйымның дәрігерлік-консультациялық комиссиясының шешімі бойынша бірінші желілік терапияның тиімсіз болуы кезінде	L01XC02
		Тоцилизумаб (тері астына инъекцияға арналған ерітінді)	Алдыңғы терапияның тиімсіз және төзбеушілігі жағдайында ересек пациенттерде белсенділіктің орташа немесе жоғары дәрежесі ревматизмге қарсы препараттармен және ісік некрозы факторының антагонистерімен емдеу тиімсіз немесе төзбеушілік жағдайында, ауыр төзбейтін уыттылық жағдайындағы ауру, бейінді мамандардың қатысуымен медициналық ұйымның дәрігерлік-консультациялық комиссиясының шешімі бойынша	L04AC07

Емдеу жоспары жасалғаннан кейін дәрігер пациентке қажетті дәрілік заттарға рецепт жазады. Бұл препараттарды пациент міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры келісімшарт жасаған дәріханалардан ала алады.

Қазақстан Республикасының "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексінің 25-бабының ережелеріне сәйкес, ревматоидты артритті емдеуге арналған дәрілік заттарды қаржыландыру Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру(МӘМС) қорының қаражаттары есебінен жүзеге асырылады. Бұл қаражат көзіне мемлекеттік бюджеттен бөлінетін қаражат, жұмыс берушілердің сақтандыру жарналары және азаматтардың өз бетінше төленетін жарналары кіреді.

Қазақстанда МӘМС бойынша РА емдеуге арналған дәрі-дәрмектерді алу процесі – медициналық көмекті қамтамасыз етудің кешенді тәсілінің мысалы болып табылады. Бұл процесс диагностика жүргізуді, емдеу жоспарын жасауды, дәрілік заттарды тағайындауды және олардың қаржыландырылуын қамтиды.

Айтылған заң актілер РА ұлттық деңгейде емдеуді стандарттауда өте маңызды іс болып табылады. Олар науқастарға мақұлданған және ұсынылған ДЗ қамтамасыз ете отырып, ревматологиялық қызметке түсетін ауыртпашылықты азайтады, ауруханаға жатқызу жиілігін төмендетеді және пациенттердің әлеуметтік-экономикалық жағдайын жақсартып сонымен қатар олардың еңбекке қабілеттілігін сақтауға ықпал етеді. Мұндай тәсіл пациенттердің өмір сүру сапасын арттырумен қатар, медициналық және фармацевтикалық ресурстарды біршама тиімді пайдалануға мүмкіндік береді.

ТМД елдеріндегі ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйелерінің дамуы әртүрлі деңгейде [48].

Ресей Федерациясында РА ауыратын науқастар үшін дәрілік қамтамасыз ету федералдық және аймақтық деңгейде жүзеге асырылады. Науқастар "Қымбат тұратын аурулар" (ВЗН) бағдарламасы аясында биопрепараттарды тегін қол жеткізе алады. Препараттарды таңдау және емдеу тактикасы мемлекеттік клиникалық нұсқаулықтармен реттеледі. Сонымен қатар, арнайы диспансерлік бақылау жүргізіледі[49].

Беларусьте РА ауыратын науқастар диспансерлік есепке алынып, тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етіледі. Биологиялық терапия шектеулі көлемде қолжетімді және оны тек ауыр жағдайларда қолдануға рұқсат етіледі. Қаржыландыру мемлекеттік бюджет есебінен жүргізіледі.

Өзбекстанда РА емдеудің негізгі бағыты дәстүрлі базалық терапияға сүйенеді. Биологиялық терапия енді ғана енгізіліп жатыр және әлі кеңінен қолжетімді емес. Препараттарды қаржыландырудың негізгі көзі – мемлекеттік бюджет және шектеулі жеңілдіктер арқылы жүзеге асырылады.

Қырғызстанда РА ауыратын науқастар тегін медициналық көмектің негізгі көлеміне кіреді. Алайда, биологиялық терапияға қол жеткізу айтарлықтай шектеулі, көбінесе халықаралық донорлық бағдарламалар немесе пациенттердің жеке қаражаты есебінен жүзеге асады.

Әзербайжанда РА емдеу мемлекет тарапынан белгілі бір деңгейде субсидияланады. Биологиялық препараттарды қолдану арнайы медициналық комиссия шешімімен ғана жүзеге асады және негізінен ауыр жағдайларға арналған.

ТМД елдерінде РА ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету саласында бірқатар маңызды ұқсастықтар мен ерекшеліктер байқалады. Барлық

елдерде РА-ны емдеу халықаралық және ұлттық клиникалық хаттамаларға сәйкес жүргізіледі, бұл медициналық көмектің сапасын арттыруға ықпал етеді. Мемлекеттер дәрілік қамтамасыз етуді ұйымдастыруда өз бюджеттік мүмкіндіктері мен денсаулық сақтау жүйелерінің ерекшеліктерін ескере отырып, әртүрлі модельдерді қолданады.

Қазақстан мен Ресейде ревматоидты артритпен ауыратын науқастарға арналған дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесі неғұрлым құрылымдалған және мемлекеттік қолдау деңгейі жоғары. Бұл елдерде биологиялық препараттарға қол жеткізу реттелген, арнайы хаттамалар мен бағдарлама шеңберінде жүзеге асырылады. Ал Өзбекстан, Қырғызстан және Әзербайжан сияқты елдерде биологиялық терапияның қолжетімділігі әлі де шектеулі, көбінесе қаржыландыру тапшылығына және инфрақұрылымдық шектеулерге байланысты.

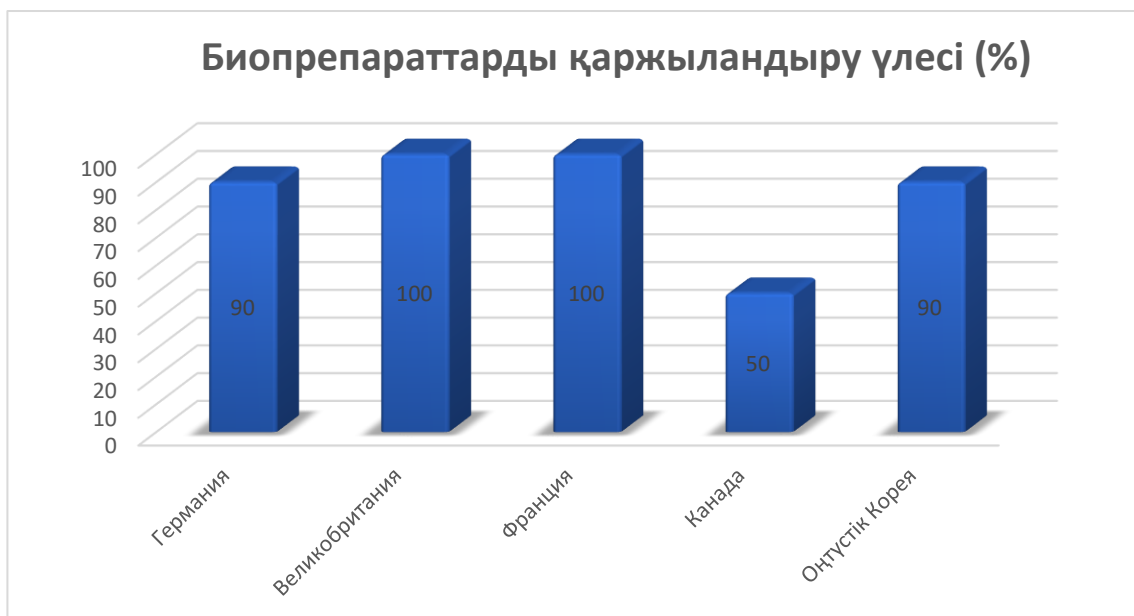
Ортақ үрдіс ретінде ТМД кеңістігінде ревматоидты артритті емдеуді қолдау мақсатында мемлекет тарапынан қаржыландыру механизмдері белсенді түрде жетілдіріліп келеді. Бұл науқастардың өмір сүру сапасын жақсартуға, аурудың ауыр зардаптарын азайтуға және әлеуметтік-экономикалық шығындарды төмендетуге бағытталған маңызды қадам болып табылады.

Халықаралық денсаулық сақтау жүйелерін РА емдеуге арналған дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша зерттеу әртүрлі қаржыландыру модельдерінің медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен тиімділігіне әсерін терең талдауға мүмкіндік береді. Ұлыбритания, Франция, Германия, Канада және Оңтүстік Корея тәжірибесіне сүйене отырып, РА ауруларына басқаруда медициналық көмек пен дәрілік заттарға әмбебап қолжетімділіктің шешу маңызды орынға ие екенін көрсек болады[50, 51,52].

Кесте 9 – Шетелдік тәжірибеде ревматоидты артритті емдеуде биологиялық препараттардың қолжетімділігін салыстырмалы талдау

Мемлекет	Қаржыландыру	Науқас үшін тегін	Биопрепараттарға қол жеткізу шарттары	Өнімділікті бағалау
Германия	Міндетті сақтандыру (GKV)	Жартылай (бекітілген төлем ~10€)	Базистік ревматикалық препараттардың тиімсіздігі, мақұлдау	IQWiG (HTA)
Ұлыбритания	Ұлттық денсаулық сақтау қызметі (NHS)	Иә, толығымен	NICE хаттамаларына сәйкес, ауыр курс	ICER, QALY, NICE
Франция	Ұлттық сақтандыру + ALD мәртебесі	Иә, ALD мәртебесі	Ревматологтың тағайындауы бойынша, ALD	Экономикалық және клиникалық сараптама
Канада	Провинциялық бағдарламалар + жеке сақтандыру	Тек жеңілдік санатындағы тұлғалар үшін	Жеке EAP мақұлдау	Ресми емес, провинциялар шешеді

Южная Корея	Ұлттық медициналық сақтандыру (NHI)	Иә (90% қамту)	Дәл диагноз, ревматолог	Денсаулық сақтау министрлігі, клиникалық-экономикалық комиссиялар
-------------	-------------------------------------	----------------	-------------------------	---



Сурет 7 – Шетелдік тәжірибеде ревматоидты артритті емдеуде биологиялық препараттардың қолжетімділігін салыстырмалы талдау

Салыстырмалы талдау шеңберінде Германия, Ұлыбритания, Франция, Канада және Оңтүстік Корея секілді дамыған елдердегі ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды биологиялық препараттармен қамтамасыз ету деңгейі бағаланды (сурет 7). Зерттеу барысында биопрепараттардың шығындарын өтеу үлесі мен пациенттер үшін қаржылық жүктеменің деңгейі қарастырылды. Ұлыбритания мен Францияда науқастар биологиялық препараттарды толық көлемде тегін алады. Францияда бұл дәрілік заттарға қолжетімділік «ALD мәртебесімен» реттелсе, Ұлыбританияда Ұлттық денсаулық сақтау қызметі (NHS) арқылы қамтамасыз етіледі.

Германия мен Оңтүстік Кореяда дәрілік қамтамасыз етудің мемлекет тарапынан өтелу деңгейі шамамен 90%-ды құрайды. Германияда пациенттерден бекітілген шамамен 10 евро көлеміндегі төлем алынады, ал Оңтүстік Кореяда биопрепараттар шығынының 90%-ы мемлекеттік сақтандыру есебінен өтеледі. Канадада биологиялық препараттарға қолжетімділік тек әлеуметтік тұрғыдан осал топтарға арналған жеңілдігі бар санаттарға беріледі және бұл елдегі өтеу үлесі шамамен 50%-ды құрайды. Қалған шығындар жеке сақтандыру есебінен қаржыландырылады.

Осы талдаудан шығатын негізгі қорытынды – дамыған елдерде ревматоидты артритке арналған биологиялық терапияның қолжетімділігі пациенттердің қаржылық жағдайын айтарлықтай жеңілдететін мемлекеттік қолдау мен міндетті медициналық сақтандыру жүйелерінің тиімді жұмыс істеуі

есебінен жоғары деңгейде қамтамасыз етіледі. Қазақстан үшін осы шетелдік тәжірибелерді талдап, бейімдеу ревматоидты артритпен ауыратын науқастардың дәрілік қамтылуын жетілдірудің маңызды қадамы болмақ.

Кесте 10 – Шет елдердегі РА науқастарын тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету стратегияларының салыстырмалы кестесі

Мемлекет	Негізгі препараттарды қамту	Биологиялық препараттарды қаптау	Тегін негізгі препараттар	Тегін /өтемақысы төленетін биопрепаратта
Германия	Иә	БППП тиімсіз болған жағдайда және шешім негізінде ішінара	Метотрексат, Лефлуномид, Сульфасалазин, Гидроксихлорохин	Адалimumаб, Тоцилизумаб, Этанерцепт, Ритуксимаб, Абацет, Барицитиниб
Ұлыбритания	Иә	Иә, NICE клиникалық хаттамаларына сәйкес	Метотрексат, Лефлуномид, Сульфасалазин, Гидроксихлорохин	Адалimumаб, Этанерцепт, Тоцилизумаб, Ритуксимаб, Абацет, Барицитиниб, Тофацитиниб
Франция	Иә	Иә, ALD мәртебесі болған жағдайда	Метотрексат, Лефлуномид, Сульфасалазин	Адалimumаб, Этанерцепт, Тоцилизумаб, Ритуксимаб
Канада	Иә	Шартты түрде, EAP бағдарламасы арқылы	Метотрексат, Лефлуномид, Сульфасалазин	Адалimumаб, Этанерцепт, Тоцилизумаб
Оңтүстік Корея	Иә	Иә, диагноз қойылған және дәрігерлік қорытынды болған жағдайда	Метотрексат, Лефлуномид, Сульфасалазин	Адалimumаб, Тоцилизумаб, Ритуксимаб, Барицитиниб, Тофацитиниб

Ревматоидты артритті емдеуде негізгі және биологиялық препараттармен қамтамасыз ету бойынша халықаралық тәжірибені салыстырмалы талдау әр елдің денсаулық сақтау жүйесінің ерекшеліктерін және қолжетімділіктің түрлі деңгейлерін анықтады.

Барлық зерттелген елдерде – Германияда, Ұлыбританияда, Францияда, Канадада және Оңтүстік Кореяда – негізгі базалық препараттар (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин және гидроксихлорохин) пациенттер үшін қолжетімді және тегін немесе өтемақысы төленетін түрде ұсынылады. Бұл ревматоидты артритті бастапқы кезеңде басқаруда бірдей стандарттың сақталатынын көрсетілді.

Биологиялық препараттарға (мысалы, адалimumаб, тоцилизумаб, этанерцепт, ритуксимаб) қолжетімділік елдер арасында ерекшеленеді.

Ұлыбритания мен Оңтүстік Кореяда биологиялық терапияға толық қолжетімділік бар және ол ұлттық клиникалық хаттамаларға немесе нақты диагноз бен дәрігерлік қорытындыға негізделген. Германия мен Францияда биологиялық препараттар ішінара немесе арнайы мәртебе (мысалы, ALD) жағдайында ұсынылады. Канадада биологиялық терапияға қолжетімділік шартты түрде жүзеге асырылады және EAP (Expanded Access Program) бағдарламасы арқылы реттеледі [50, 51, 52].

Жалпы алғанда, биологиялық препараттарға қолжетімділік саясаты елдің экономикалық мүмкіндіктеріне, денсаулық сақтау жүйесінің қаржыландыру моделіне және емдеудің клиникалық стандарттарына байланысты қалыптасқан. Толық немесе ішінара өтемақы арқылы қамтамасыз етілуі ревматоидты артритпен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын жақсартуға, аурудың асқынуларын азайтуға және ұзақ мерзімді әлеуметтік-экономикалық шығындарды төмендетуге бағытталған.

1.5 Ревматоидты артритпен ауыратын науқастардың комплаенттілігінің ерекшеліктері

РА бар науқастардың дәрігер тағайындаған емге деген құлшынысының төмендік проблемасы соңғы уақытта көбірек назар аудартуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы емдеудің адекватты емес міндеттемесін таңғаларлық шаманың халықаралық проблемасы деп таниды, бұл ретте "созылмалы аурулар кезінде ұзақ мерзімді терапияға бейімділік мынадай шектерде ауытқиды 50%". Өмірде дәрігер ұсынған дәрілік заттармен емдеуді ұстанатын, клиникалық тиімділігі арнайы жоспарланған рандомизацияланған клиникалық зерттеулерде (РКЗ) дәлелденген науқастардың үлесі төмен болған жағдайда, айтарлықтай нашар болуы мүмкін. Сондықтан емдеудің төмен міндеттемесі денсаулық пен клиникалық тәжірибенің маңызды мәселесі болып табылады. Науқастың дәрігермен емделу туралы келісімінсіз уақтылы диагноз қою да, заманауи дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету де тиімді бола алмайды [53].

АҚШ-та барлық денсаулық сақтау шығындарының 11,7% - ы созылмалы науқастардың белгіленген терапияға деген адалдығы мен тәртібі төмендігіне байланысты ауруханаға жатқызу ақысын төлейтіні анықталды, бұл мемлекетке жылына шамамен 100 миллиард доллар шығын әкеледі [54].

Адамның ең ауыр созылмалы ауруларының бірі – ревматоидты артрит (РА) – буындардың синовиальды қабығының көбеюімен, ішкі ағзалардың зақымдануымен, белсенділіктің ұзақ мерзімді тұрақтылығымен буын және периартикулярлық тіндердің біртіндеп бұзылуымен айқын қабынумен сипатталады [7]. Бұл ауру созылмалы ауруларды емдеуге деген ұмтылысты зерттеудің ыңғайлы үлгісі болып табылады, өйткені қолайсыз нәтижелер, соның ішінде мүгедектік деңгейінде, өйткені тиісті терапия болмаған кезде РА клиникалық сценарийі әдетте өте тез дамиды. Аурудың алғашқы жылдарында РА-мен ауыратын науқастардың 40% - дан астамында буындардың ауыр деструкциясының белгілері байқалады. Бұл факт қысқа уақыт ішінде терапияға деген адалдығы мен тәртібі жеткіліксіз болса аурудың даму күшейеді [55].

Ревматоидты артритті (РА) емдеу аурудың белсенділігі мен прогрессиясын басуға бағытталған және тиімділігі дәлелденген бірқатар стратегияларды қамтиды [52]. Емдеу тәсілдерінің негізінде барлық науқастарға патогенетикалық терапияны ерте кезеңде тағайындау қағидаты жатыр. РА белсенділігін және аурудың ағымын жүйелі түрде бағалау, сондай-ақ терапияға төзімділікті мүқият бақылау ұзақ мерзімді бақыланатын емдеуді қамтамасыз етеді [52,56].

Емдеудің негізгі мақсаты – артриттің симптомдарын және буыннан тыс көріністердің ауырлығын азайту, буындардың деструкциясы мен функциялық бұзылыстарын алдын алу, деформацияның дамуына жол бермеу, науқастың өмір сүру сапасын сақтау және жақсарту, ремиссияға қол жеткізу және өмір сүру ұзақтығын жалпы халық деңгейіне дейін арттыру болып табылады. Осы мақсаттарға жетудегі басты рөлді иммундық қабынуды басатын негізгі қабынуға қарсы препараттар биологиялық белсенді заттар деп аталатын патогенетикалық емдеу атқарады. Бұл терапия сенімді РА бар барлық пациенттерде жүргізілуі керек, аурудың белсенділігінің төмендеуіне және ремиссияға жетуіне қарамастан, оның ұзақтығы шектелмейді. Рандомизацияланған бақылаулы зерттеуерде тағайындалған негізгі терапия ра пациентінің өмір сүру сапасын сақтайды (жақсартады), оның ұзақтығын арттырады, медициналық көмектің жалпы құнын төмендетеді [56, 57].

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастардың сәйкестік ерекшеліктері

1. СОЗЫЛМАЛЫ АУРУДЫҢ СИПАТЫ

РА терапияны ұзақ, жүйелі және қатаң сақтауды қажет етеді:

- Емдеудің әсері бірден пайда болмайды, бұл мотивацияны төмендетеді.
- Терапияға қарамастан өршу жиі байқалады, науқастың көңілін қалдырады.

2. ЕМДЕУДІҢ КЕШЕНДІЛІГІ

– Препараттардың әртүрлі кластары қолданылады: негізгі (мысалы, метотрексат), стероид емес қабынуға қарсы препараттар, глюкокортикоидтар, биологиялық терапия.

– Кейбір схемалар тұрақты инъекцияны, зертханалық көрсеткіштерді бақылауды қажет етеді, бұл сәйкестікті қиындатады.

3. ЖАНАМА ӘСЕРЛЕРІ

– Метотрексат-жүрек айнуын, шаштың түсуін, шаршауды тудыруы мүмкін.

– Биологиялық препараттар-инфекция қаупі, инъекциялық реакциялар. Бұл пациенттің сеніміне нұқсан келтіреді және емдеуді өз бетінше тоқтатуға әкеледі.

4. ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАР

– РА бар науқастардың 30-50% - депрессия немесе мазасыздық диагнозы қойылады.

– "Емдеу кестесі бойынша өмірден" психологиялық күйіп қалу.

– Аурудан шаршау ("illness fatigue") → ұсыныстарды елемей.

5. МЕДИЦИНАЛЫҚ САУАТТЫЛЫҚ ЖӘНЕ АҚПАРАТТАНДЫРУ

– Пациенттер көбінесе препараттардың әсер ету механизмін және емдеу мақсаттарын түсінбейді(мысалы, қабынуды азайту = буынды қорғау).

– Дәрігерлер мен клиникалардың білім беру бағдарламаларының жетіспеушілігі.

6. ЕМДЕУДІҢ ҚОЛ ЖЕТІМДІЛІГІ МЕН ҚҰНЫ

– Биологиялық препараттар субсидиялармен де қымбат.

– Терапия үнемі бақылауды қажет етеді: сынақтар, ревматологқа бару.

Шалғай аймақтардағы пациенттер жиі бақылаудан шығып кетеді.

7. ОТБАСЫЛЫҚ ЖӘНЕ ҚОҒАМДЫҚ ОРТА

– Отбасын қолдау және жақындарын түсіну сәйкестікті арттырады.

– Созылмалы ауруды стигматизациялау кейбір науқастарда терапияға деген адалдықты төмендетеді [58,59].

Кесте 11 – Комплаенттың төмен болудың негізгі себептері

Себебі	Салдары
Дәрі-дәрмектерге сенімсіздік	Терапияның мерзімінен бұрын тоқтатылуы
Емделудің нашар сезімі	Рұқсат етілмеген дозаны азайту
Қаржылық қиындықтар	Инъекцияларды өткізіп жіберу, келуден бас тарту
Эмоционалды күйзеліс	Емдеуге мотивацияның толық жоғалуы

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарда төмен комплаентты болуы: клиникалық және әлеуметтік салдары

Ревматоидты артритпен (РА) ауыратын науқастарда емделудің жеткіліксіздігі проблемасы тұрақты ремиссияға қол жеткізуге, мүгедектіктің алдын алуға және өмір сүру сапасын сақтауға үлкен кедергі болып табылады. Бірқатар зерттеулерге сәйкес, аурудың әртүрлі кезеңдеріндегі РА-мен ауыратын науқастардың 30% - дан 50% - на дейін белгіленген терапия режимі сақталмайды [60,61]. Субъективті әл-ауқаттың жақсаруымен негізгі ревматизмге қарсы препараттарды өз бетінше тоқтату үрдісі әсіресе алаңдатады: пациенттердің 40% - ы терапияның бірінші жылында препараттарды қабылдауды тоқтатады және 20-30% клиникалық жақсару кезінде [62,63]. Компланттың төмен деңгейі елеулі жағымсыз салдарға әкеледі: аурудың өршуі жеделдейді, бірлескен деструкция күшейеді, ерте мүгедектік қаупі артады және науқастың физикалық, психологиялық және әлеуметтік жұмысының деңгейі төмендейді. Пациенттердің 40% - дан астамында базистік терапия схемалары сақталмаған жағдайда, айқын артикулярлық деформация белгілері аурудың дебютінен алғашқы 3-5 жылда пайда болатыны атап өтілді [64]. Осылайша, РА-ны емдеуге деген ұмтылысты арттыру қазіргі ревматолог дәрігерлердің, психологтардың, әлеуметтік қызметкерлердің және пациенттің міндеті болып табылады.

Ревматоидты артритпен (РА) ауыратын науқастарда емдеудің төмен міндеттемесі аурудың нашарлауына және мүгедектік қаупінің жоғарылауына әкелетін күрделі мәселе болып табылады. Л. Ф. Рябицеваның зерттеуіне сәйкес, РА бар науқастардың тек 22,5% - ы 80% - дан астам жағдайда патогенетикалық терапияның белгіленген режимін сақтайды, ал пациенттердің 5% - ы ұсынылған емдеуді мүлдем бастамайды[65].

Негізгі қабынуға қарсы препараттарды қабылдау режимінің бұзылуы терапияның тиімділігінің төмендеуіне, пациенттердің өмір сүру сапасының нашарлауына және медициналық қызмет көрсету шығындарының артуына әкеледі. "Медициналық теория және практика"журналында жарияланған зерттеуде төмен міндеттеме асқынулардың дамуының және аурудың болжамының нашарлауының маңызды себептерінің бірі болып табылатындығы баса айтылған[66].

Ревматоидты артритпен (РА) ауыратын науқастардың қабынуға қарсы терапияға төмен комплаенттілігінің емдеу тиімділігі мен аурудың болжамына әсер ететін маңызды мәселе болып табылады. О.В. Машкунова және Қазақстандағы Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институтының базасында бірлескен авторлар жүргізген зерттеуде РА белсенділігінің орташа дәрежесі бар пациенттердің тек 62,5% - ы терапияға жоғары бейімділікті көрсететіні көрсетілді, ал аурудың белсенділігі жоғары пациенттер арасында бұл көрсеткіш тек 17,5% құрайды [67]. Емдеуге деген төмен міндеттеме аурудың өршуіне, өршу жиілігінің жоғарылауына және мүгедектік қаупінің жоғарылауына әкелуі мүмкін. Клиникалық нұсқауларға сәйкес, РА науқастардың жартысында аурудың басталуынан алғашқы 3-5 жыл ішінде тұрақты жұмыс қабілеттілігін жоғалтады, ал 20 жылдан кейін пациенттердің үштен бірі толық мүгедек болады. Қайталану және қайта ауруханаға жатқызу қаупінің жоғарылауы пациенттердің ревматоидты артрит (РА) үшін негізгі терапия режимін сақтамауының маңызды клиникалық салдарының бірі болып табылады. Ретроспективті бақылаулардың деректері бойынша Қазақстанда РА бар пациенттер арасында емдеуге бейімділік деңгейі жеткіліксіз болып қалуда: пациенттердің 30-50% - ы терапия басталғаннан кейінгі алғашқы екі жыл ішінде, әсіресе субъективті жағдайдың жақсару кезеңдерінде ревматизмге қарсы базистік препараттарды үзеді немесе тұрақты емес қабылдайды [60, 62]. Нәтижесінде, мұндай пациенттердің 40% - дан астамында 3-5 жыл ішінде мүгедектікке және қайта емдеуге жатқызу қажеттілігіне әкелетін айқын бірлескен деструкциясы бар клиникалық маңызды рецидивтер байқалады [64].

Алматы және Астана клиникаларында жүргізілген зерттеулер терапияны толық ұстанатын пациенттердің шұғыл көмекке жүгіну немесе қайта ауруханаға жатқызу ықтималдығы едәуір аз екенін көрсетеді [68]. Халықаралық мета-анализдерге сәйкес, комплементарлы пациенттер клиникалық ремиссияға терапевтік режимді өз бетінше өзгертетін немесе тоқтататындармен салыстырғанда 2-3 есе жиі кездеседі [61]. Сәйкес келмейтін терапияның ең көп тараған себептері - жанама әсерлер, ауру туралы ақпараттың төмендігі, қаржылық қиындықтар, дәрі-дәрмекке деген сенімсіздік және отбасылық қолдаудың жеткіліксіздігі [63].

Осылайша, Қазақстанда РА бар пациенттерді басқарудың ерте кезеңдерінде терапияға бейілділікті арттыру шиеленістердің алдын алуға, ауруханаға жатқызу жиілігін төмендетуге және аурудың клиникалық-әлеуметтік болжамын жақсартуға бағытталған аса маңызды стратегия болып табылады. РА пациенттерінің тағайындалған терапияға жоғары міндеттемесін қамтамасыз ету клиникалық нәтижелерді жақсарту, ауруханаға жатқызу жиілігін азайту және ерте мүгедектіктің алдын алу үшін өте маңызды. РА пациенттерінде емдеудің жоғары міндеттемесін қамтамасыз ету аурудың дамуын болдырмау, асқынулардың дамуы және жалпы болжамды жақсарту үшін өте маңызды.

Ревматоидты артрит (РА) терапиясының төмен міндеттемесін шешудің заманауи тәсілдері пациенттердің ауру туралы хабардарлығын арттыруға, дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынас сапасын жақсартуға және ұзақ мерзімді терапияға мотивацияны қалыптастыруға бағытталған көпсалалы және психо білім беру бағдарламаларын көбірек қамтиды. Бұл бағдарламалар кешенді ревматологиялық көмектің негізгі құрамдас бөлігі ретінде танылады және өршу жиілігін төмендетуге, мүгедектік қаупін азайтуға және пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға ықпал етеді [1,2].

Мұндай бағдарламалар аясында аурудың мәнін, негізгі антиревматикалық препараттардың әсер ету принциптерін, сондай-ақ жағдайды субъективті жақсарту кезінде де емдеу режимін сақтаудың маңыздылығын түсіндіруге ерекше назар аударылады. Сонымен қатар, психолог, фармаколог және әлеуметтік қызметкерді мамандар тобына қосу пациенттің жеке психоэмоционалды және әлеуметтік ерекшеліктерін ескеруге мүмкіндік береді, бұл әсіресе РА сияқты ұзақ мерзімді созылмалы ауруда маңызды. Осылайша, психологиялық білім беру және көпсалалы тәсілдерді енгізу РА-да сәйкестікті арттырудың және қайталанудың алдын алудың тиімді стратегиясы болып табылады.

2 МАТЕРИАЛДАР МЕН ТӘСІЛДЕР

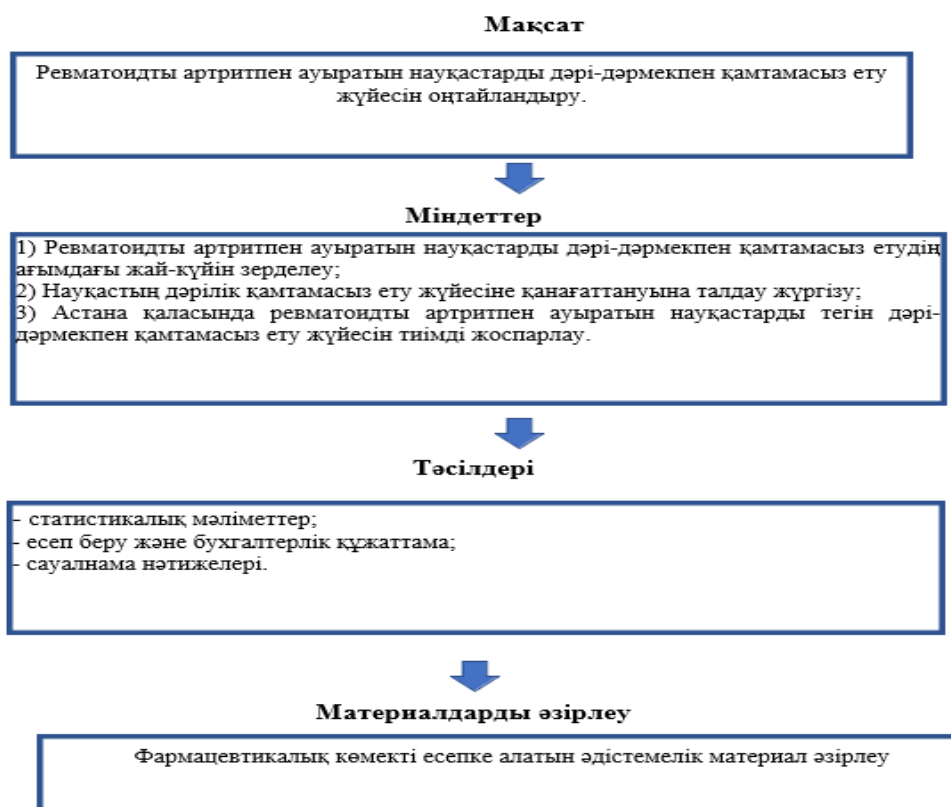
2.1 Зерттеу әдістері

Фармацевтика саласындағы зерттеулер мен жүйелік талдау саласындағы заманауи ғылыми жарияланымдарды талдау негізінде біз амбулаториялық және стационарлық емдеуден өтіп жатқан ревматоидты артриті бар пациенттерді дәрілік заттармен қамтамасыз етуді кешенді социологиялық және фармакоэкономиялық зерттеу тұжырымдамасын қалыптастырдық. Бұл тұжырымдама тиімді фармакотерапияға кедергілерді анықтауға, ревматоидты артритқа қарсы препараттарға қолжетімділігі мен қамтамасыз етілуін талдауға, сондай-ақ пациенттердің тағайындалған емдеуге бейілділігіне әсер ететін факторларды зерделеуге бағытталған.

Зерттеу жобасы терапевтік процестің негізгі қатысушыларын: науқастармен сауалнама және ревматолог-дәрігерлермен сұхпаттасуды қамтиды. Сауалнама қалалық емханаларда, ревматологтардың қабылдауында, амбулаториялық және стационарлық көмек орталықтары базасында қағаз және онлайн сауалнама түрінде жүзеге асырылды.

Деректерді жинау және талдау РА бар пациенттерді дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету нарығындағы ағымдағы жағдайды жүйелі бағалауға, өңірлік айырмашылықтарды анықтауға, сондай-ақ мемлекетті қолдау, логистика тетіктерін жетілдіру және пациенттерді терапия алу мүмкіндіктері туралы хабардар ету жөнінде ұсынымдар ұсынуға мүмкіндік береді.

8–суретте зерттеу жоспары көрсетілген.



Сурет 8 – Зерттеу жүргізу жоспар

2.2 Зерттеу материалдары

Ғылыми зерттеулер барысында Қазақстан Республикасының Мемлекеттік тізілімінің және Қазақстан Республикасының аумағында қолданылатын басқа да нормативтік құжаттардың талаптарына сәйкес келетін материалдар мен әдістер пайдаланылды.

Біздің зерттеуімізде қолданылатын әдістер:

1. Сауалнама-мәтінді ұйымдастырудың сұрақ-жауап формасы. Сауалнаманың бұл әдісінде респонденттер зерттеушінің қатысуымен деректерді толтырады.

2. Контент - талдау-дәрігерлердің, пациенттердің оның ішінде қағаз жеткізгіштегі социологиялық сауалнамасы, оларды өңдеу, бағалау және түсіндіру.

3. Сұхбат- зерттеуші мен респондент сонымен қатар дәрігер ревматологтармен әңгімелесу түріндегі тікелей байланысты білдіретін немесе әлеуметтік желілер

Респонденттермен сауалнама жүргізу үшін анонимді зерттеу жүргізу ақпараттандырылған келісімдер әзірленді, сондай-ақ зерттеуге қатысушылар үшін деректер дайындалды. Қатысушылар үшін бұл ақпарат қолжетімді және түсінікті тілде, қысқаша нысанда дайындалды. Осылайша қатысушылар сауалнама жүргізуге арналған зерттеудің мақсаттары мен міндеттері туралы танысты.

Зерттеудің дизайны мен хаттамасын "Астана медицина университеті" КеАҚ Локальды Биоэтикалық комитет мақұлдады (хаттамадан үзінді 10.12.2024 ж. №18)

3 ТӘЖІРИБЕЛІК БӨЛІМ

3.1 Ревматоидты артриттің эпидемиологиясы және дәрілік қамтамасыз ету қажеттілігі

Ревматоидты артрит (РА) – буындарды зақымдайтын, созылмалы, иммундық-түбірлі жүйелі қабыну ауруы. Бұл дерт көбіне еңбекке қабілетті жастағы (35–65 жас) адамдарда кездеседі және науқастың өмір сапасын едәуір төмендетеді. Әлемдік деректерге сәйкес, РА таралу жиілігі жалпы халықтың шамамен 0,5–1%-ын құрайды. Қазақстанда бұл көрсеткіш 2023 жылғы мәліметтер бойынша шамамен 0,6% шамасында, яғни ел бойынша 110 000-нан астам науқас тіркелген[69].

РА-мен ауыратын науқастар тұрақты түрде базистік қабынуға қарсы препараттарды, глюкокортикоидтарды, стероидты емес қабынуға қарсы дәрілерді (СЕКҚД), сондай-ақ биологиялық агенттер мен мақсатты синтетикалық препараттарды (ЖАК-ингибиторлар) қабылдауды қажет етеді[70]. Бұл дәрілердің үздіксіз қолжетімділігі пациенттердің жағдайын тұрақтандыру мен мүгедектікке әкелетін асқынулардың алдын алу үшін аса маңызды. Қазақстан Республикасында ревматоидты артритпен ауыратын науқастар тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (ТМККК) аясында, сондай-ақ міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесі шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етіледі. "СК-Фармация" бірыңғай дистрибьюторы арқылы амбулаториялық деңгейде арнайы есепте тұратын науқастарға тегін дәрілік заттар беріледі.

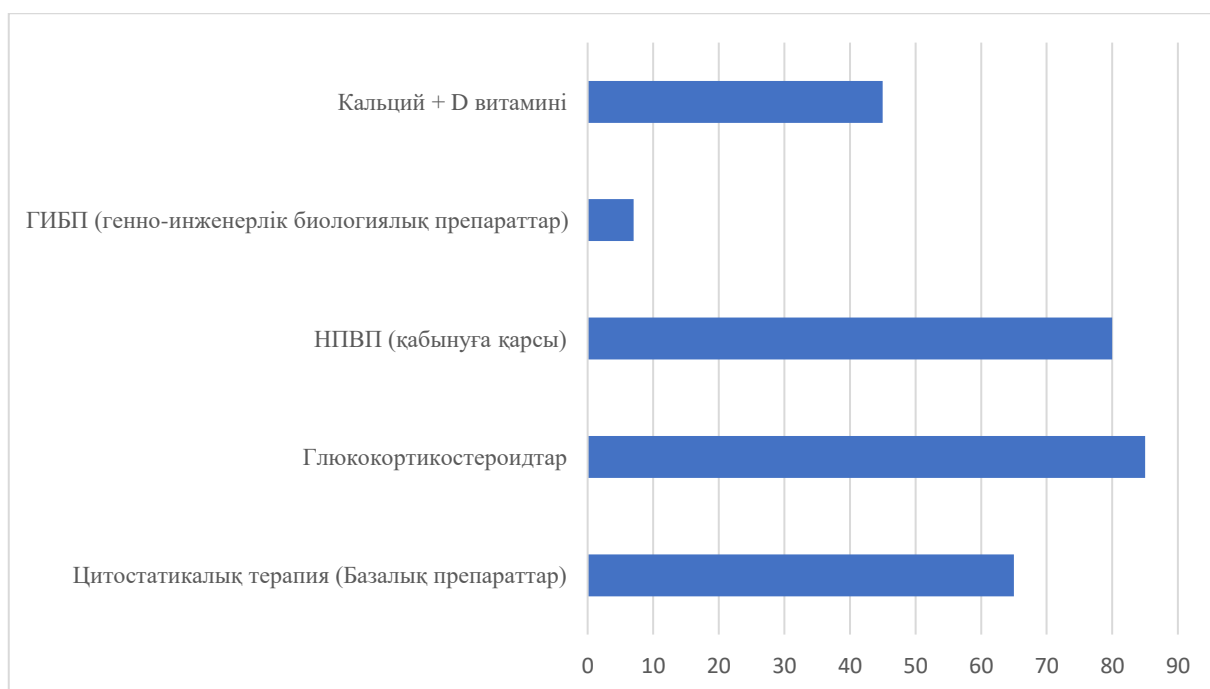
Астана қаласында РА диагнозы бар науқастар қалалық емханалар, қалалық ревматологиялық орталық және Республикалық диагностикалық орталық арқылы диспансерлік есепке алынады. Олар жыл сайын ревматологтың қарауынан өтіп, клиникалық хаттамаларға сәйкес дәрілік терапияны алады. Алайда емханалар мен стационарлар арасындағы үйлесімсіздік, дәрілік заттарды жеткізудегі кідірістер, кейбір биологиялық препараттардың тізімде болмауы – дәрілік қамтамасыз етудің тиімділігіне кері әсер ететін факторлар қатарында.

Келесі 12 кестеде және сурет 9-да Астана қаласында 2024-2025 жылдардағы жағдай бойынша ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету көрсеткіштері берілген. Кестеде дәрі-дәрмектердің әр түрі бойынша қамтамасыз ету үлесі, оның ішінде базалық цитостатикалық терапия, глюкокортикостероидтар, НПВП, генно-инженерлік биологиялық препараттар мен кальций және D витамині сияқты препараттар көрсетілген. Сонымен қатар, әрбір препарат тобы бойынша қолжетімділік деңгейі, оның ішінде препараттың қолжетімділігі мен дәрілік тапшылық мәселелері туралы да мәліметтер келтірілген.

Кесте 12 – Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрілік препараттармен қамтамасыз ету

Препараттар тобы	Мысал препараттар	Қамтамасыз етілу үлесі	Түсініктеме
------------------	-------------------	------------------------	-------------

		(%)	
Цитостатикалық терапия (Базалық препараттар)	Метотрексат (і/в, п/к), Лефлуномид, Сульфасалазин	60–70%	Метотрексат қолжетімділігі жоғары, Лефлуномид пен Сульфасалазин – кейде тапшылық байқалады
Глюкокортикостероидтар	Метилпреднизолон, Преднизолон	80–90%	Арзан әрі кең қолданыста, көбіне стационарда жақсы қамтамасыз етіледі
НПВП (қабынуға қарсы)	Диклофенак, Мелоксикам, Эторикоксиб, т.б.	70–85%	Көпшілік амбулаториялық деңгейде рецептпен алады, толық қамтамасыз етуге жақын
ГИБП (генно-инженерлік биологиялық препараттар)	Тоцилизумаб, Адалимумаб, Голимумаб, Этанерцепт	5–10%	Қымбат және шектеулі квотамен беріледі, тек ауыр жағдайларда қолданылады
Кальций + D витамині	Кальций карбонат + Холекальциферол	40–50%	Барлық науқастарға ұсынылса да, жүйелі тағайындау мен бақылау жеткіліксіз



Сурет 9 – Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрілік препараттармен қамтамасыз ету диаграммасы

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесі бірқалыпты дамығанымен, жоғары құнды және биологиялық терапиялармен (ГИБП) қамтылу деңгейі өте төмен. Сонымен қатар, қосымша сүйек қорғау препараттарының (кальций + D) қолданылуы жеткіліксіз деңгейде қалып отыр. Бұл деректер фармакоэкономикалық тиімділікті арттыру және емнің үздіксіздігін қамтамасыз ету үшін ұлттық дәрілік саясатты қайта қарауды қажет етеді.

Дәрілік қамтамасыз етудің тиімділігін бағалау үшін қолданылатын негізгі көрсеткіштер Қазақстан бойынша 2023 жылы жалпы статистика мен Астана қаласында 2024-2025 жылдары Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарға ұсынылған медициналық көмек пен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің деңгейін кесте 2, сурет 2 сипаттайды.

Кесте 13 – Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігін бағалау

Көрсеткіш	Қазақстан бойынша (2023 ж.)	Астана қаласы бойынша (2024-2025жж)
РА-мен есепте тұрған науқастар саны	≈ 110 000	≈ 8 500
Диспансерлік есепке алынғандардың үлесі	75%	82%
Тегін дәрі алғандар үлесі	61%	68%
Биологиялық терапия алатын науқастар үлесі	17%	23%
Дәрілік тапшылыққа	32%	27%

шағымданғандар		
Ем қабылдауды өз бетінше тоқтатқандар	21%	18%

Кестедегі деректер көрсеткендей, жалпы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету деңгейі әр аймақта түрлі деңгейде, бірақ Астана қаласында белгілі бір жақсартулар байқалады.

1. РА-мен есепте тұрған науқастар саны: Қазақстан бойынша 110 000-ға жуық науқас болса, Астанада 8 500 науқас есепте тұр. Астана қаласы, елордалық медициналық қызметтің орталығы ретінде, бұл көрсеткіштің салыстырмалы түрде төмен болуын көрсете отырып, осы аймақтағы дәрілік қамтамасыз ету мәселелерін талқылауға мүмкіндік береді.

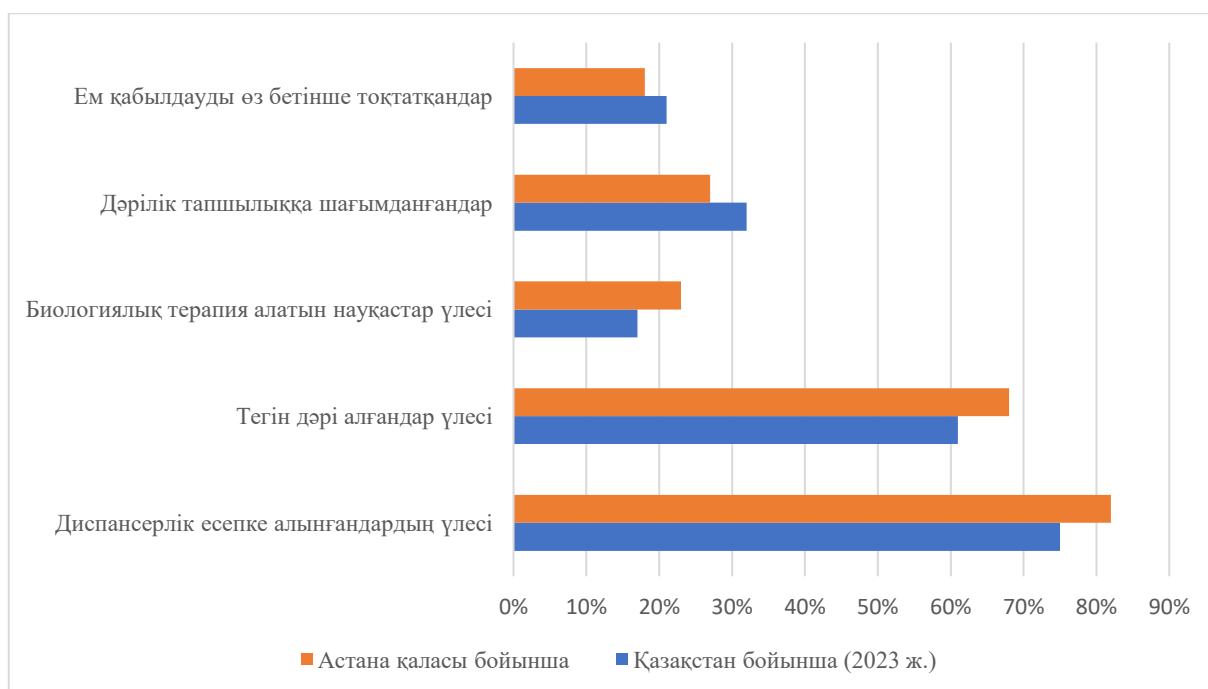
2. Диспансерлік есепке алынғандардың үлесі: Астана қаласында диспансерлік есепке алынған науқастардың үлесі 82% болса, республика бойынша бұл көрсеткіш 75%-ды құрайды. Бұл көрсеткіштің жоғары болуы Астана қаласында науқастарды бақылау мен емдеу жүйесінің тиімділігін көрсетеді.

3. Тегін дәрі алғандар үлесі: Астана қаласында тегін дәрі-дәрмек алатын науқастардың үлесі 68%, республика бойынша – 61%. Бұл дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесінің жұмыс істеп жатқандығын, бірақ кейбір препараттар бойынша тапшылықтардың бар екенін көрсетеді.

4. Биологиялық терапия алатын науқастар үлесі: Биологиялық терапияны қолданатын науқастардың үлесі Астанада 23%, ал Қазақстан бойынша 17%. Бұл көрсеткіш дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің сапасы мен тиімділігін арттырудағы бірқатар жетістіктерді білдіреді, бірақ биологиялық препараттар тек ауыр жағдайларда тағайындалатындықтан, олардың жетіспеушілігі әлі де өзекті.

5. Дәрілік тапшылыққа шағымданғандар: Астана қаласында 27% науқас дәрілік тапшылыққа шағымданса, республика бойынша бұл көрсеткіш 32%. Бұл дәрілік қамтамасыз етудегі проблемаларды анықтайды және дәрі-дәрмектердің қолжетімділігіне қатысты мәселенің бар екенін көрсетеді.

6. Ем қабылдауды өз бетінше тоқтатқандар: Қазақстан бойынша бұл көрсеткіш 21%, ал Астанада 18%. Бұл науқастардың өз бетінше емді тоқтатуы дәрі-дәрмектерге, емдеу үдерісіне сенімсіздік танытқандығын білдіреді және дәрігерлік бақылаудың жетіспеушілігі туралы да ескерту жасауы мүмкін.



Сурет 10 – Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігін бағалау диаграммасы

Жалпы алғанда, Астана қаласы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігінде республикалық деңгейге қарағанда кейбір жақсартуларды көрсете отырып, дәрі-дәрмектердің қолжетімділігі мен сапасы бойынша бірқатар жетістіктерге қол жеткізген. Дегенмен, дәрілік препараттарға қатысты тапшылықтар, биологиялық терапияға қолжетімділіктің төмендігі және емдеу үдерісіне науқастардың өз бетінше әсер етуі мәселелері әлі де өзекті болып табылады.

3.2 Астана қаласындағы ревматоидты артритпен ауыратын науқастарға жүргізілген сауалнама нәтижелерін талдау

Пациенттерге сауалнама жүргізу. Зерттеу барысында ревматоидты артрит диагнозы қойылған амбулаторлық науқастарды бақылайтын Астанадағы 150 пациентке сауалнама жүргізді.

"Астана медицина университеті" КеАҚ фармацевтикалық пәндер кафедрасы пациенттерге сауалнама жүргізеді. Сіздің жауаптарыңыз бізге дәрі-дәрмектің қазіргі жағдайын бағалауға және ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды оңтайландыру шараларын ұсынуға көмектеседі.

Біз сізді осы зерттеуге қатысуға шақырамыз. Сіздің пікіріңіз біз үшін өте маңызды, сондықтан Сізден барлық сұрақтарға жауап беріп, толық және ашық түрде жауап беруіңізді сұраймыз. Сауалнамаға қатысушылардың жауаптары басқа респонденттердің жауаптарымен топтастырылады және алынған барлық ақпарат тек жалпыланған және иесіздендірілген түрде талданады. Біз анонимділік пен құпиялылыққа кепілдік береміз.

Нұсқаулық. Сұраққа жауап беру үшін белгі қою керек.

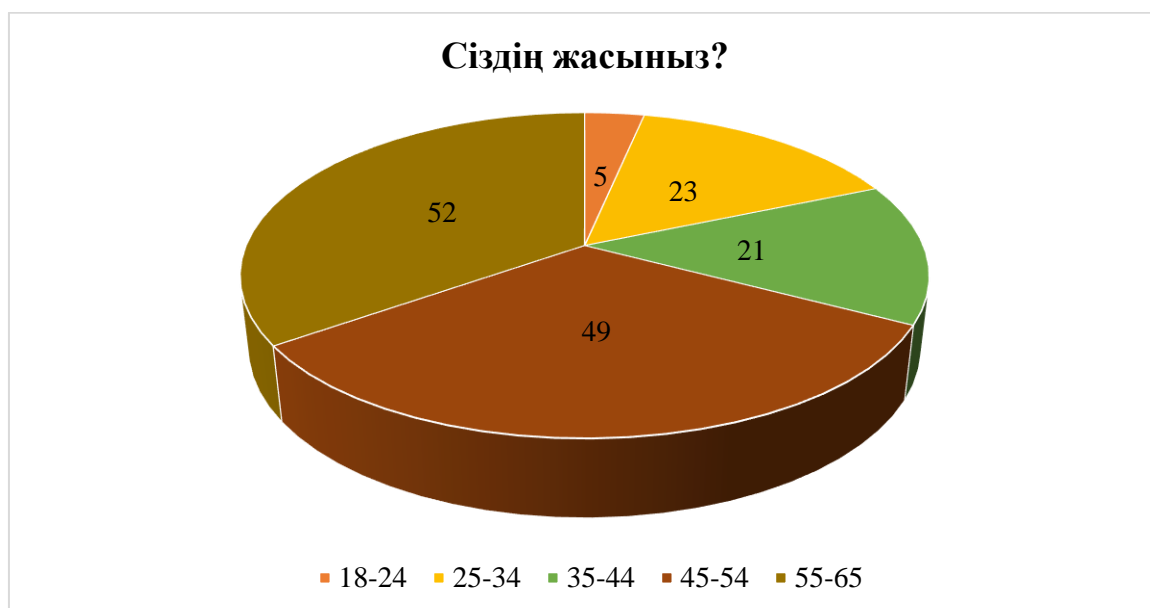
Кейбір сұрақтарда өз пікіріңізді көрсетуіңізді сұраймыз.

Сауалнаманың 1-ші сұрағына респонденттердің жауаптарын өңдеу нәтижесінде «Сіздің жынысыңыз қандай?», деген сұраққа 150 қатысушының 92 респонденті әйел кісі екендігі және 58 респондент ер кісі екендігі анықталды (11-сурет).



Сурет 11 – Пациенттер арасында жынысы бойынша сауалнама жүргізу нәтижелері

Респонденттердің «Сіздің жасыңыз?» деген сұраққа берген жауаптарын талдау. Пациенттердің жас аралығы 18 жастан 65 жасқа дейін екендігін анықтадық. 18-24 жас аралығында 5 пациент, 25-34 жас аралығында 23 пациент, 35-44 жас аралығында 21 пациент, 45-54 жас аралығында 49 пациент, 55-65 жас аралығында 52 пациент екендігі анықталды (12-сурет).



Сурет 12 – Пациенттер арасында жас аралығы бойынша сауалнама жүргізу нәтижелері

Респонденттердің «Ревматоидты артрит диагнозымен Қазақстан Республикасында тегін және (немесе) жеңілдікпен амбулаториялық қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесі бойынша сіз қандай препарат аласыз? (атауын көрсетіңіз)» деген сұраққа берген жауаптарына талдау жүргізілді. Нәтижесі бойынша 150 пациенттің ішінен 77 пациент Голимумаб, 30 пациент Тоцилизумаб және 8 пациент Ритуксимаб препараттарын қабылдайтындығы анықталды.

150 пациент ішінен 53 пациент Метилпреднизалон препаратын, 98 пациент Метотрексат және 36 пациент Лефлуномид препаратын қабылдайтындығы анықталды (13, 14- сурет).

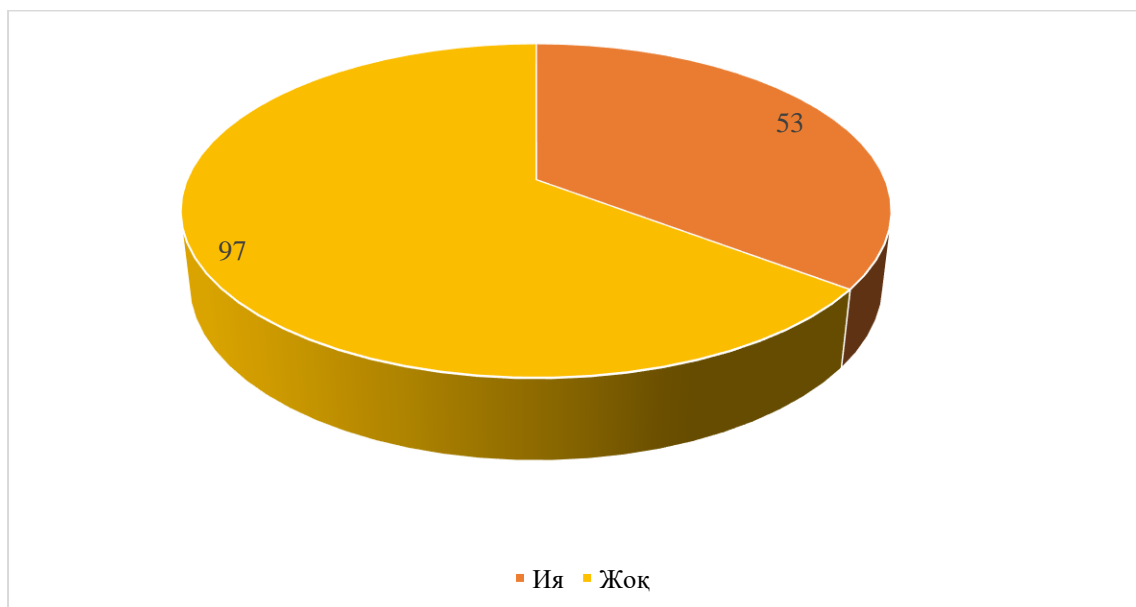


Сурет 13 – Дәрінің атауы



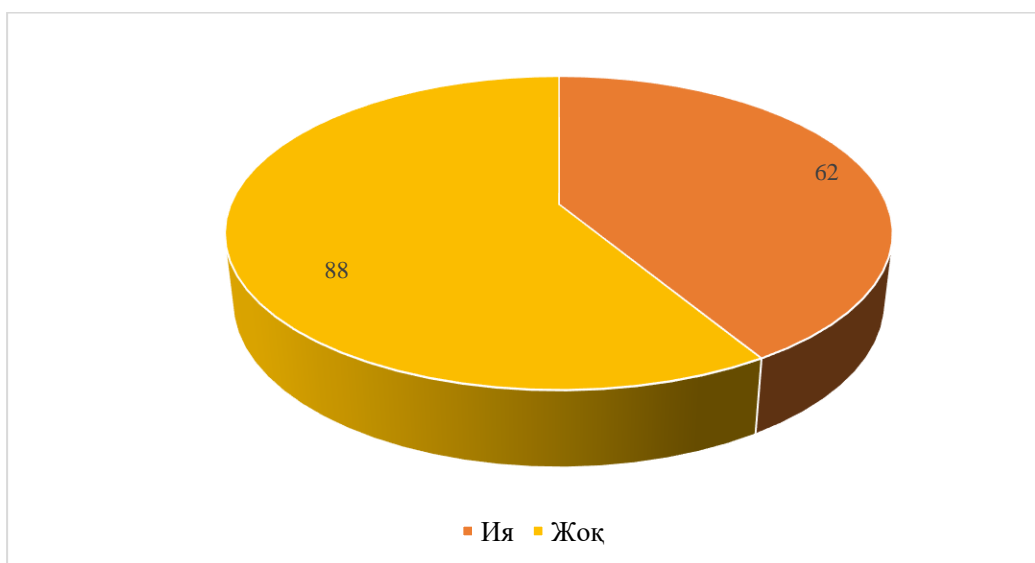
Сурет 14 – Дәрінің атауы

Респонденттердің «Сіз ревматоидты артрит диагнозын емдеуге арналған дәрі-дәрмектердің қол жетімділігіне қанағаттанасызба?» деген сұраққа 53 пациент «ИЯ», 97 пациент «ЖОҚ» деп жауап берген (15–сурет).



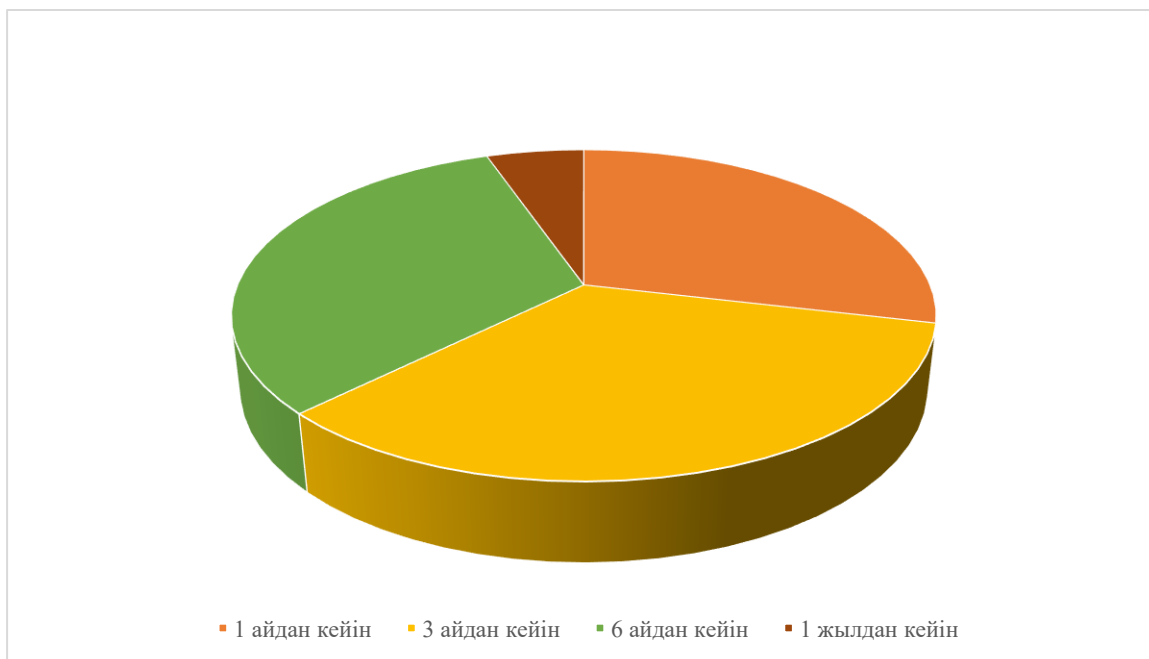
Сурет 15 – Пациенттердің дәрі-дәрмектердің қол жетімділігіне қанағаттанушылығы.

Респонденттердің « Дәрі-дәрмектерге қосымша өтініш жіберуі үшін, Сіз өзіңіздің дәрігеріңізге қалған дәрі-дәрмектердің мөлшері туралы хабар бересіз бе?» деген сұраққа 62 пациент «ИЯ», 88 пациент «ЖОҚ» деп жауап берген(16–сурет).



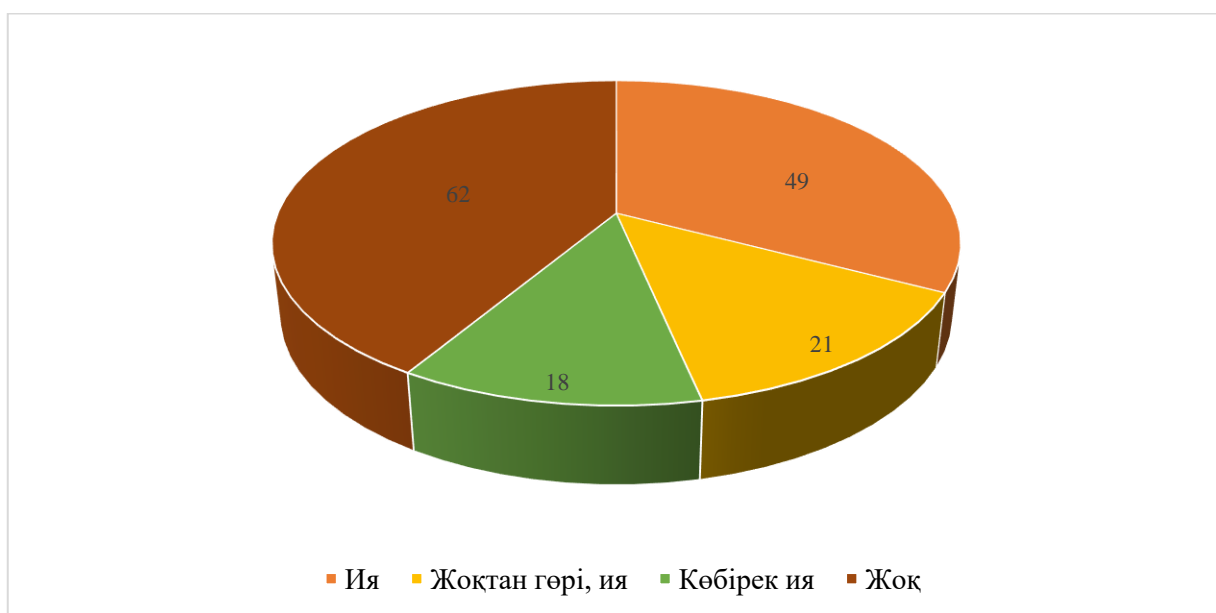
Сурет 16 – Пациенттердің дәрі-дәрмектерге қосымша өтініш жіберуі үшін, өзіңіз дәрігеріңізге қалған дәрі-дәрмектердің мөлшері туралы хабар беруі.

Респонденттердің «Дәрігерге қалған дәрі-дәрмектердің саны туралы хабар бергеннен кейін, Сіз дәрі-дәрмектерді қаншалықты тез аласыз?» деген сұраққа 43 пациент «1 айдан кейін», 51 пациент «3 айдан кейін», 48 пациент «6 айдан кейін», 8 пациент «1 жылдан кейін» деп жауап берді(17-сурет).



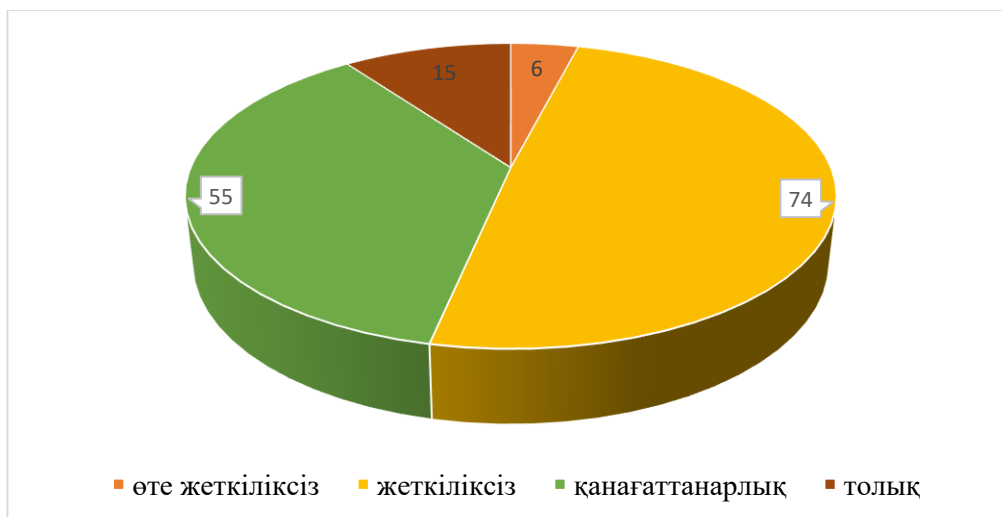
Сурет 17 – Пациенттің дәрігерге қалған дәрі-дәрмектердің саны туралы хабар бергеннен кейін, дәрі-дәрмектерді қаншалықты тез алуы.

Респонденттердің «Сіз дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпараттың сапасы мен толықтығына қанағаттанасыз ба?» деген сұраққа 49 пациент «ИЯ», 21 пациент «ЖОҚТАН ГӨРІ, ИЯ», 18 пациент «КӨБІРЕК ИЯ», 62 пациент «ЖОҚ» деп жауап берген (18-сурет).



Сурет 18- Пациенттердің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпараттың сапасы мен толықтығына қанағаттануы.

Респонденттердің «Медициналық ұйымның дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуі және тікелей медициналық ұйымда берілетін қызмет көрсету тәртібі туралы ақпараттың толықтығы мен сапасын қалай бағалай аласыз?» деген сұраққа 6 пациент «өте жеткіліксіз», 74 пациент «жеткіліксіз», 55 пациент «қанағаттанарлық», 15 пациент «толық» деп жауап берді (19-сурет).



Сурет 19 – Пациенттердің медициналық ұйымның дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуі және тікелей медициналық ұйымда берілетін қызмет көрсету тәртібі туралы ақпараттың толықтығы мен сапасын бағалауы.

Респонденттердің «Медициналық ұйымға жүгінген кезде сіз медициналық ұйымның үй-жайларында орналасқан дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпаратқа (стендтер, ақпараттар және т. б.) жүгіндіңіз бе?» деген сұраққа 21 пациент «ИЯ», 124 пациент «ЖОҚ», ал 5 пациент болса «Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы жарияланған ақпарат болған жоқ» деп жауап берген(20-сурет).



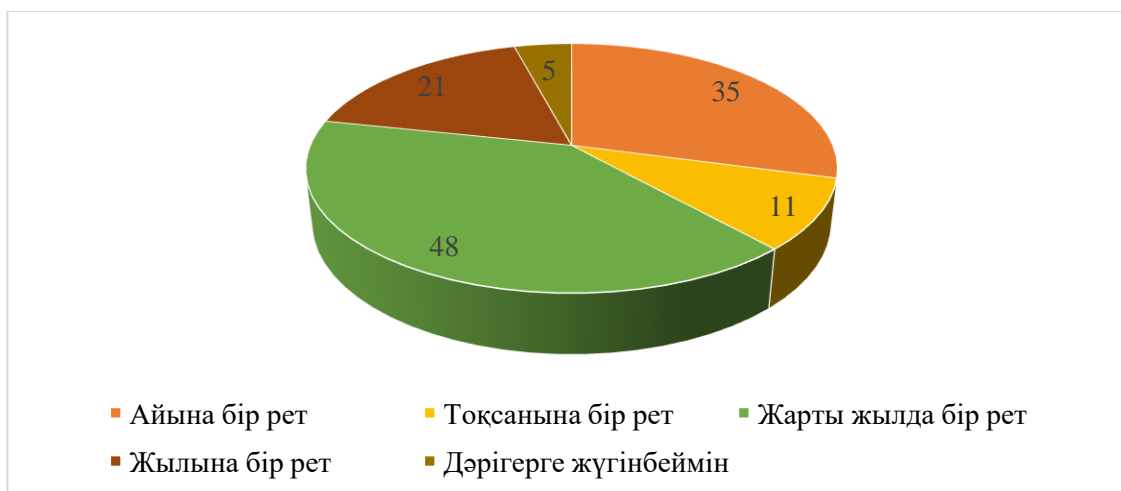
Сурет 20 – Пациенттердің медициналық ұйымға жүгінген кезде медициналық ұйымның үй-жайларында орналасқан дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпаратқа (стендтер, а14қпараттар және т. б.) жүгінгендігі.

Респонденттердің «Сізде дәрі-дәрмекті өз қаражатыңыздан төлеу қажеттілігі туындады ма?» деген сұраққа 13 пациент «иә, тегін дәрі-дәрмектермен емдеудің ең жақсы баламасы ретінде», 72 пациент «иә, қажетті дәрі-дәрмектердің жоқ болуы себебінен», 65 пациент «жоқ, қажетті дәрі-дәрмектер тегін берілді» деп жауап берді (21- сурет).



Сурет 21 – Пациенттердің дәрі-дәрмекті өз қаражатынан төлеу қажеттілігі туындағандығы туралы.

Респонденттердің «Қажетті дәрі-дәрмекті үшін ревматологқа қаншалықты жиі барасыз?» деген сұраққа 35 пациент «Айына бір рет», 11 пациент «Тоқсанына бір рет», 48 пациент «Жарты жылда бір рет», 21 пациент «Жылына бір рет», 5 пациент «Дәрігерге жүгінбеймін» деп жауап берген (22- сурет).



Сурет 22 – Пациенттердің қажетті дәрі-дәрмекті үшін ревматологқа қаншалықты жиі баруы.

Респонденттердің «Болашақта дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуден қандай үміт күтесіз?» деген сұраққа 32 пациент «жаңа, тиімдірек және қауіпсіз дәрілік препараттарды әзірлеу», 27 пациент «цифрлық технологиялар мен телемедицинаны дамыту», 58 пациент «дәрі-дәрмектермен алмасу үшін фармацевтика саласындағы халықаралық ынтымақтастықты дамыту», 33 пациент «басқа» деп жауап берген (23- сурет).



Сурет 23 – Пациенттердің болашақта дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуден қандай үміт күтетіндігі.

Сауалнама бойынша түйін:

– Сауалнаманың 1-ші сұрағына респонденттердің жауаптарын өңдеу нәтижесінде «Сіздің жынысыңыз қандай?», деген сұраққа 150 қатысушының 92 респонденті әйел кісі екендігі және 58 респондент ер кісі екендігі анықталды;

– Респонденттердің «Сіздің жасыңыз?» деген сұраққа берген жауаптарын талдау. Пациенттердің жас аралығы 18 жастан 65 жасқа дейін екендігін анықтадық. 18-24 жас аралығында 5 пациент, 25-34 жас аралығында 23 пациент, 35-44 жас аралығында 21 пациент, 45-54 жас аралығында 49 пациент, 55-65 жас аралығында 52 пациент екендігі анықталды;

– Респонденттердің «Ревматоидты артрит диагнозымен Қазақстан Республикасында тегін және (немесе) жеңілдікпен амбулаториялық қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесі бойынша сіз қандай препарат аласыз? (атауын көрсетіңіз)» деген сұраққа берген жауаптарына талдау жүргізілді. Нәтижесі бойынша 150 пациенттің ішінен 77 пациент Голимумаб, 30 пациент Тоцилизумаб және 8 пациент Ритуксимаб препараттарын қабылдайтындығы анықталды.

– 150 пациент ішінен 53 пациент Метилпреднизалон препаратын, 98 пациент Метотрексат және 36 пациент Лефлуномид препаратын қабылдайтындығы анықталды;

– Респонденттердің «Сіз ревматоидты артрит диагнозын емдеуге арналған дәрі-дәрмектердің қол жетімділігіне қанағаттанасызба?» деген сұраққа 53 пациент «ИЯ», 97 пациент «ЖОҚ» деп жауап берген;

– Респонденттердің «Дәрі-дәрмектерге қосымша өтініш жіберуі үшін, Сіз өзіңіздің дәрігеріңізге қалған дәрі-дәрмектердің мөлшері туралы хабар бересіз бе?» деген сұраққа 62 пациент «ИЯ», 88 пациент «ЖОҚ» деп жауап берген;

– Респонденттердің «Дәрігерге қалған дәрі-дәрмектердің саны туралы хабар бергеннен кейін, Сіз дәрі-дәрмектерді қаншалықты тез аласыз?» деген сұраққа 43 пациент «1 айдан кейін», 51 пациент «3 айдан кейін», 48 пациент «6 айдан кейін», 8 пациент «1 жылдан кейін» деп жауап берді;

– Респонденттердің «Сіз дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпараттың сапасы мен толықтығына қанағаттанасыз ба?» деген сұраққа 49 пациент «ИЯ», 21 пациент «ЖОҚТАН ГӨРІ, ИЯ», 18 пациент «КӨБІРЕК ИЯ», 62 пациент «ЖОҚ» деп жауап берген;

– Респонденттердің «Медициналық ұйымның дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуі және тікелей медициналық ұйымда берілетін қызмет көрсету тәртібі туралы ақпараттың толықтығы мен сапасын қалай бағалай аласыз?» деген сұраққа 6 пациент «өте жеткіліксіз», 74 пациент «жеткіліксіз», 55 пациент «қанағаттанарлық», 15 пациент «толық» деп жауап берді;

– Респонденттердің «Медициналық ұйымға жүгінген кезде сіз медициналық ұйымның үй-жайларында орналасқан дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпаратқа (стендтер, ақпараттар және т. б.) жүгіндіңіз бе?» деген сұраққа 21 пациент «ИЯ», 124 пациент «ЖОҚ», ал 5 пациент болса «Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы жарияланған ақпарат болған жоқ» деп жауап берген;

– Респонденттердің «Сізде дәрі-дәрмекті өз қаражатыңыздан төлеу қажеттілігі туындады ма?» деген сұраққа 13 пациент «иә, тегін дәрі-дәрмектермен емдеудің ең жақсы баламасы ретінде», 72 пациент «иә, қажетті дәрі-дәрмектердің жоқ болуы себебінен», 65 пациент «жоқ, қажетті дәрі-дәрмектер тегін берілді» деп жауап берді;

– Респонденттердің «Қажетті дәрі-дәрмекті үшін ревматологқа қаншалықты жиі барасыз?» деген сұраққа 35 пациент «Айына бір рет», 11 пациент «Тоқсанына бір рет», 48 пациент «Жарты жылда бір рет», 21 пациент «Жылына бір рет», 5 пациент «Дәрігерге жүгінбеймін» деп жауап берген;

– Респонденттердің «Болашақта дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуден қандай үміт күтесіз?» деген сұраққа 32 пациент «жаңа, тиімдірек және қауіпсіз дәрілік препараттарды әзірлеу», 27 пациент «цифрлық технологиялар мен телемедицинаны дамыту», 58 пациент «дәрі-дәрмектермен алмасу үшін фармацевтика саласындағы халықаралық ынтымақтастықты дамыту», 33 пациент «басқа» деп жауап берген.

3.3 Ревматоидты артритті емдеуге арналған дәрілік заттар бойынша фармакоэкономикалық модель құру және оның тиімділігін талдау

Ревматоидты артрит (РА) – ұзақ мерзімді, созылмалы ағымды ауру болғандықтан, оны емдеу барысында фармакоэкономикалық аспектілердің маңыздылығы күн санап артып келеді. Бүгінгі таңда әлемдік және отандық медициналық практикада тек клиникалық тиімділік емес, сонымен қатар экономикалық тиімділік те басты назарда тұр. Себебі РА-ны емдеуде қолданылатын заманауи препараттардың құны өте жоғары, ал аурудың өзі өмір бойы емделуді талап етеді. Осыған байланысты, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесінде дұрыс экономикалық жоспарлау және ресурстарды ұтымды бөлу мәселелері айрықша өзектілікке ие болып отыр.

Фармакоэкономикалық талдау – дәрілік терапияның құнын, тиімділігін, қауіпсіздігін және пациенттің өмір сапасына әсерін кешенді түрде бағалауға мүмкіндік беретін құрал. Мұндай талдаудың көмегімен ең тиімді терапиялық стратегияны таңдап қана қоймай, сонымен бірге медициналық ұйымдар мен мемлекет үшін қаржылық жүктемені төмендетуге жағдай жасалады. Әсіресе РА сияқты күрделі ауруларда дәрі-дәрмек таңдауы дұрыс жүргізілмесе, бюджеттік шығындар негізсіз өсіп, емнің қолжетімділігі төмендеуі мүмкін [71].

Осы зерттеудің негізгі мақсаты – ревматоидты артритті емдеуге арналған дәрілік заттардың фармакоэкономикалық тиімділігін саралау арқылы шығындарды оңтайландыру жолдарын анықтау. Сонымен бірге, қолданыстағы дәрілік терапия үлгілерін салыстыра отырып, жоғары тиімділігі мен төмен экономикалық шығыны бар емдеу нұсқаларын анықтау да басты міндеттердің бірі болып табылады. Бұл бағытта жүргізілетін әрбір талдау РА-мен күресте заманауи медицина мен денсаулық сақтау саясатының үйлесімді дамуына ықпал етеді [72,77].

Ревматоидты артритті (РА) емдеу саласындағы экономикалық жүктемені талдау барысында Астана қаласындағы 2020–2023 жылдар аралығындағы мәліметтер маңызды орын алады. Бұл кезеңде ауруды фармакологиялық тұрғыда бақылауға бөлінген қаржы көлемінің тұрақты өсімі тіркелген. Төрт жылдың ішінде жалпы шығын көлемі 194,5 миллион теңгеден 302,9 миллион теңгеге дейін артып, 55,7%-ға ұлғайды (Кесте 14). Бұл өзгеріс тек науқастар санының өсуіне ғана емес, сонымен қатар емдеу стандарттарының жаңаруына, әсіресе биологиялық препараттардың енгізілуіне байланысты болғаны байқалады.

Кесте 14 – Қазақстанадағы жалпы дәрі-дәрмек шығындары және биопрепараттардың үлесі (2020–2023 жж.)

Жыл	Жалпы сома (млн ₸)	Биопрепараттарға үлесі (%)	Биопрепараттарға нақты сома (млн ₸)
2020	194,5	21%	40,8
2021	223,2	25%	55,8
2022	265,7	29%	77,1
2023	302,9	34%	102,9

Ескерту: Кесте автор тарапынан Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ресми деректеріне сүйене отырып құрастырылды.

Талдау нәтижелері биопрепараттарға жұмсалатын қаражаттың үлесі 2020 жылы 21%-дан 2023 жылы 34%-ға дейін ұлғайғанын көрсетеді (Кесте 14). Бұл көрсеткіш РА-ны емдеуде биологиялық агенттердің кеңінен қолданылуының дәлелі ретінде қарастырылады. Бір жағынан, мұндай препараттардың тиімділігі жоғары болғанымен, олардың құны дәстүрлі синтетикалық базалық дәрілермен салыстырғанда бірнеше есе қымбат екенін ескеру қажет. Бұдан әрі бір пациентке шаққандағы орташа жылдық шығын көрсеткіштеріне тоқталсақ, 2020 жылы бұл көрсеткіш 35 881 теңге болса, 2023 жылға қарай 47 101 теңгеге дейін өсті (Кесте 15). Мұндай өсу динамикасы инфляциялық процестердің әсерімен қатар, биологиялық препараттардың жоғары құнына және емдеу стратегиясының өзгеруіне байланысты.

Кесте 15 – Астана қаласындағы ревматоидты артритпен ауыратын бір науқасқа шаққандағы орташа жылдық шығындар (2020–2023 жж.)

Жыл	Науқастар саны	Жалпы шығын (млн ₸)	Орташа шығын (₸)
2020	5 420	194,5	35 881
2021	5 770	223,2	38 688
2022	6 110	265,7	43 492
2023	6 430	302,9	47 101

Ескерту: Кесте автор тарапынан Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ресми деректеріне сүйене отырып құрастырылды.

Атап өтетін жайт, 2020–2023 жылдар аралығындағы әр жыл сайынғы шығынның ұлғаюы ауруды басқарудағы жаңа әдістердің енгізілуімен және емдеу тиімділігінің артуына ұмтылыспен тікелей байланысты. Сонымен бірге, биопрепараттарға жұмсалатын шығындардың өсімі жалпы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету құрылымында айқын көрініс тапты, бұл денсаулық сақтау саласының экономикалық тұрақтылығын сақтау үшін жаңа тәсілдерді талап етеді.

Ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттардың фармакоэкономикалық талдауы – науқастар үшін қолжетімді әрі тиімді терапияны таңдау жолындағы маңызды қадам болып табылады. Бұл тұрғыда, әр препараттың құны, клиникалық тиімділігі және емдеу курсының жалпы шығындары салыстырылып, «шығын–тиімділік» арақатынасы анықталады. Осы бөлімде негізгі қолданылатын препараттардың фармакоэкономикалық сипаттамалары егжей-тегжейлі қарастырылады (Кесте 16).

Кесте 16 – Ревматоидты артритке қарсы қолданылатын дәрілік заттардың фармакоэкономикалық талдауы

№	Препарат (қаптама, доза, өндіруші)	Әсер етуші заты	Қаптаманы ң орташа құны (₸)	Бір ретті к құны (₸)	1 айлық дозаны ң құны (₸)	Емдеу курсы	Емдеу курсыны ң құны (₸)
1	Симпони 50 мг/мл (Бакстер, АҚШ)	Голимумаб	70 000	70 000	70 000	Айына 1 рет	420 000
2	Актемра 162 мг/0,9 мл (Ветгер, Германия)	Тоцилизумаб	65 000	65 000	260 000	Аптасын а 1 рет	1 560 000
3	Мабтера 500 мг/50 мл (Рош, Швейцари я)	Ритуксимаб	320 000	320 000	640 000	2 аптада 1 рет, 6 айға	640 000
4	Методжек т 15 мг (Онкотек, Германия)	Метотрексат	6 500	6 500	26 000	Аптасын а 1 рет	156 000
5	Методжек т 10 мг (Онкотек, Германия)	Метотрексат	5 000	5 000	20 000	Аптасын а 1 рет	120 000
6	Методжек т 7,5 мг (Онкотек, Германия)	Метотрексат	2 500	2 500	10 000	Аптасын а 1 рет	60 000
7	Арава 20 мг (Опелла, Франция)	Лефлуномид	15 000	500	15 000	Күніне 1 рет	90 000
8	Плаквенил 200 мг (Апотекс, Канада)	Гидроксихлорох ин	3 000	50	1 500	Күніне 1 рет	7 500
9	Иммард 200 мг (Ирса, Үндістан)	Гидроксихлорох ин	4 000	133	4 000	Күніне 1 рет	24 000

Ескерту: Кесте автор тарапынан Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу порталындағы <https://www.goszakup.gov.kz/> ашық деректер негізінде құрастырылды.

Фармакоэкономикалық тұрғыдан алғанда, методжект препараты (метотрексат негізінде) РА-ны бастапқы кезеңде емдеу үшін ең үнемді әрі тиімді нұсқа болып саналады. Оның орташа қаптама бағасы 2 500–6 500 теңге

аралығында ауытқиды және аптасына бір рет қолданылатын режимде жылдық емдеу шығыны 60 000–156 000 теңгені құрайды (Кесте 16). Бұл дерек метотрексаттың кеңінен қолданылуына себеп болып отыр. Биологиялық препараттар қатарына жататын Симпони (голимумаб) және Актемра (тоцилизумаб) препараттарының бағасы әлдеқайда жоғары. Мысалы, Актемра препаратымен емдеу курсының жылдық құны 1 560 000 теңгеге жетеді, ал Симпони – жылына шамамен 420 000 теңге шығынды талап етеді (Кесте 16). Бұл айырмашылық биопрепараттардың өндірістік технологиясының күрделілігімен және оларды қолдану қажеттілігі тек ауыр жағдайларда болатындығымен түсіндіріледі. Гидроксихлорохин негізіндегі препараттар – Плаквенил мен Иммард – салыстырмалы түрде төмен бағамен ерекшеленеді. Бір жылдық емдеу курсының шығыны сәйкесінше 7 500 және 24 000 теңгені құрайды (Кесте 16). Алайда, бұл препараттардың қолданылу аясы негізінен жеңіл немесе орташа дәрежедегі жағдайлармен шектеледі. Препараттардың тиімділік көрсеткіштері де олардың экономикалық бағасымен тікелей байланысты. Мәселен, биологиялық агенттер – голимумаб пен тоцилизумаб – ACR50 көрсеткіші бойынша 60–70% тиімділікке ие болса, базалық синтетикалық препараттар (метотрексат, лефлуномид) 40–50% тиімділік деңгейінде сипатталады.

Қазақстан Республикасында ревматоидты артритпен (РА) ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесінің шығын құрылымын талдау маңызды аналитикалық аспект болып табылады. 2020–2023 жылдар аралығындағы мәліметтер негізінде еліміздегі жалпы фармакологиялық шығындардың бөлінісін анықтау арқылы емдеу үрдісіндегі экономикалық басымдықтар мен негізгі қаржылық жүктемелерді көруге мүмкіндік бар. Төмендегі кестеде Қазақстан бойынша ревматоидты артритті емдеуге арналған препараттарға жұмсалған шығындардың құрылымы көрсетілген (Кесте 17).

Кесте 17 – Қазақстандағы ревматоидты артритке қарсы препараттарға жұмсалған шығындардың құрылымы (2020–2023 жж.)

№	Препарат атауы	АТХ коды	Жалпы шығын (млн ₸)
1	Метотрексат	L01BA01	112,5
2	Устекинумаб	L04AC05	95,3
3	Адалимумаб	L04AB04	89,7
4	Тофацитиниб	L04AA29	83,2
5	Лефлуномид	L04AA13	77,6
6	Этанерцепт	L04AB01	72,9
7	Сульфасалазин	A07EC01	64,1
8	Гидроксихлорохин	P01BA02	55,4
9	Циклоспорин	L04AD01	47,8
10	ЖАК ингибиторлары	L04AA37	41,2

Ескерту: Кесте автор тарапынан ҚР Денсаулық сақтау министрлігі және <https://pharm.reestr.kz/> порталындағы деректер негізінде құрастырылды.

Кестедегі мәліметтерге сүйене отырып, метотрексат препаратының елдегі жалпы шығындар құрылымында жетекші орын алатынын байқауға болады. 112,5 миллион теңге көлеміндегі шығын бұл препараттың базалық емдеу

схемаларында жоғары сұранысқа ие екенін дәлелдейді (Кесте 17). Сонымен қатар, биологиялық терапияға арналған препараттар – устекинумаб (95,3 млн ₸), адалимумаб (89,7 млн ₸) және этанерцепт (72,9 млн ₸) – жалпы шығынның елеулі бөлігін құрайды. Бұл факт биопрепараттардың жоғары құнына және олардың ауыр жағдайларды емдеудегі маңыздылығына байланысты (Кесте 17). Олардың үлесі барлық шығындардың шамамен 65–70%-ын құрайды. Бұған қоса, тофацитиниб сияқты жаңа буын ауызша препараттар да (83,2 млн ₸) шығындар құрылымында елеулі орын алған. Бұл тенденция емдеу стандарттарында жаңа тиімді молекулалардың енгізілуін айқын көрсетеді. Сульфасалазин мен гидроксихлорохин сияқты дәстүрлі препараттар, салыстырмалы түрде төмен шығынға қарамастан, әлі де РА терапиясының құрамдас бөлігі болып қала береді. Бұл олардың ұзақ уақыт бойы тиімділігін дәлелдегендігімен және бағасының қолжетімділігімен түсіндіріледі. Ақырында, иммунодепрессанттар (мысалы, циклоспорин) және JAK ингибиторлары орташа деңгейдегі шығын үлесін алып отыр, бұл олардың белгілі бір клиникалық жағдайларда қолданылу ерекшеліктеріне байланысты екендігін көрсетеді.

Ревматоидты артрит (РА) терапиясын оңтайландыру мақсатында фармакоэкономикалық модель әзірлеу – заманауи денсаулық сақтау жүйесінің негізгі міндеттерінің бірі. Бұл модель пациенттердің клиникалық жағдайына қарай сараланған ем тағайындауға, шығындарды тиімді басқаруға және ресурстарды дұрыс бөлуге мүмкіндік береді. РА терапиясын таңдау кезінде пациенттерді аурудың ауырлық деңгейіне қарай стратификациялау – фармакоэкономикалық тиімділікті арттырудың негізгі алғышарты болып табылады. Клиникалық тәжірибе мен ғылыми әдебиеттерге сүйене отырып, пациенттерді жеңіл, орташа және ауыр дәрежедегі топтарға бөлген орынды. Әр топ үшін терапияның түрі, дәрілік препараттардың таңдауы және оларға жұмсалатын қаржылық ресурстар көлемі нақты айқындалуы тиіс. Төменде ревматоидты артритті емдеуге арналған ұсынылатын фармакоэкономикалық модель көрсетілген (Кесте 18).

Кесте 18 – РА қарсы дәрілік терапияны таңдаудың фармакоэкономикалық моделі

<i>Пациенттер тобы</i>	<i>Арудың сипаттамасы</i>	<i>Ұсынылатын терапия</i>	<i>Қолданылатын негізгі препараттар</i>	<i>Орташа жылдық шығын (₸)</i>
<i>Жеңіл ағым</i>	Буындардың шектелген зақымдануы, төмен қабыну белсенділігі	Базалық синтетикалық препараттар	Метотрексат, Лефлуномид, Сульфасалазин	60 000–120 000
<i>Орташа ағым</i>	Бірнеше буындардың зақымдануы, орташа қабыну белсенділігі	Комбинирленген терапия	Метотрексат + Лефлуномид немесе Гидроксихлорохин	150 000–250 000

<i>Ауыр ағым</i>	Көптеген буындардың зақымдануы, жоғары қабыну белсенділігі, рентгенологиялық өзгерістер	Биологиялық терапия немесе мақсатталған синтетикалық препараттар	Адалимумаб, Устекинумаб, Тофацитиниб	1 500 000–1 800 000
------------------	---	--	--------------------------------------	---------------------

Ескерту: Кесте автор тарапынан деректер мен ғылыми жарияланымдар негізінде өз бетінше құрастырылды.

Аурудың жеңіл дәрежесінде фармакоэкономикалық тұрғыдан ең тиімді шешім – метотрексат немесе лефлуномид сияқты базалық синтетикалық препараттарды қолдану. Бұл препараттар клиникалық тәжірибеде өзін тиімділігі дәлелденген, әрі салыстырмалы түрде арзан құралдар ретінде танытып отыр.

Орташа дәрежедегі белсенділігі бар пациенттер үшін комбинацияланған терапия ұсынылады. Бұл тәсіл монотерапияға қарағанда тиімділікті арттырады және көптеген жағдайларда биологиялық препараттарды қолданбай-ақ аурудың дамуын баяулатуға мүмкіндік береді. Метотрексат пен гидроксихлорохиннің бірлескен қолданылуы жақсы шығын–тиімділік көрсеткішін береді.

Ауыр ағымды РА жағдайында биологиялық агенттерді немесе мақсатталған синтетикалық препараттарды қолдану қажеттілігі туындайды. Бұл топтағы науқастар үшін ең тиімді терапиялық стратегия жоғары тиімділігі бар адалимумаб, устекинумаб немесе тофацитиниб сияқты препараттарды қолдану болып табылады. Алайда мұндай терапияның бағасы айтарлықтай жоғары, сондықтан бұл шешім клиникалық қажеттілік пен қаржылық мүмкіндіктерді ескере отырып қабылдануы тиіс.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіне осындай стратификацияланған модельді енгізу емдеу сапасын арттыруға, ресурстарды ұтымды бөлуге және жалпы қаржылық жүктемені төмендетуге мүмкіндік береді. Сонымен қатар, науқастарға дәлелді әрі теңгерімді медициналық көмек көрсету жүйесін қалыптастыруға жағдай жасалады.

3.4 Ревматоидты артритке емдеуге арналған дәрілік заттардың маркетингтік сипаттамалары мен талдау қорытындылары

Қазіргі уақытта артрит халық арасында кең таралған ауру болып табылады. Тек Америка Құрама Штаттарында шамамен 42 миллион адам артриттен зардап шегеді, олардың көпшілігі аурудан мүгедек. Айта кету керек, біздің елде артрит мүгедектіктің негізгі себептерінің бірі болып табылады [73].

Ауруларды бақылау және алдын алу орталықтарының мәліметі бойынша, артрит АҚШ экономикасына айтарлықтай теріс әсер етеді. Ақшалай түрде бұл американдықтардың емделуге және артрит салдарынан өнімділіктің жоғалуына немесе төмендеуіне байланысты басқа іс-шараларға жұмсаған жылына орта есеппен 64 миллиард АҚШ долларын құрайды. Бұл ауру тек бай елдер үшін ғана емес, сонымен қатар бірқатар дамушы елдер үшін, соның ішінде Қазақстан үшін де әлеуметтік мәнге ие, өйткені ол халықтың денсаулығына ғана емес, оның өмір

салтына да кері әсер етеді. Артрит - бұл негізінен көрінетін дәнекер тінінің созылмалы аутоиммунды буындардың қабынуы прогрессивті эрозиялық полиартриті. Нәтижесінде бірлескен функцияның елеулі бұзылуы және оның деформациясы орын алады. Көп ұзамай зардап шеккендер артритпен ауыратын адамдардың жұмыс істеу қабілеті төмендеп, мүгедек болып қалады. Бұл аурумен негізінен 20-50 жас аралығындағы адамдар ауырады, олардың 75 пайызы әйелдер[74, 75, 76].

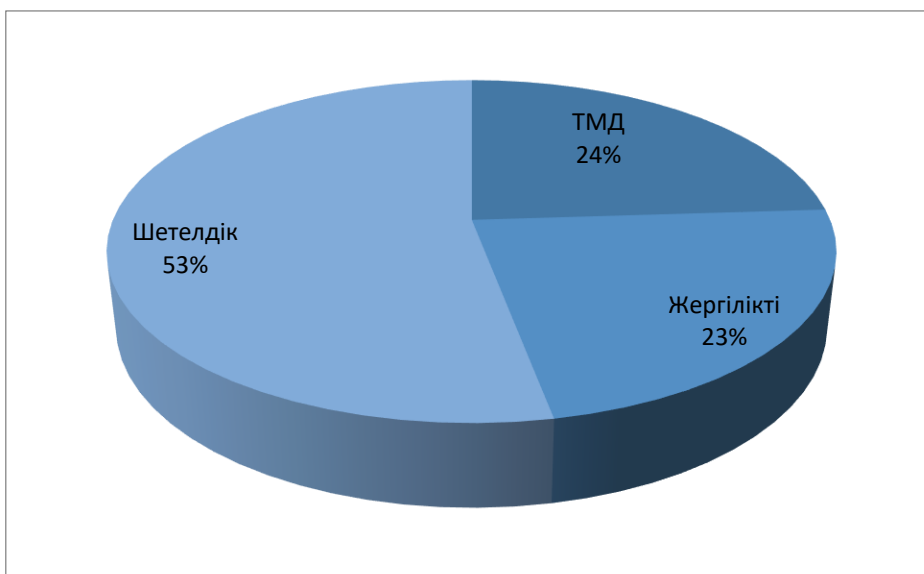
Аурудың алғашқы үш жылында науқастардың 50 пайызы мүгедек болып қалады. Бұл жағдай, яғни артритке байланысты мүгедектіктің үлкен пайызы біздің республикамыздағы ауруды зерттеуді, осы салада жан-жақты талдау жасауды, фармацевтикалық нарықтың осы сегментін және артритті емдеуде қолданылатын препараттарды бақылауды және бағалауды қажет етеді, бұл біздің жұмысымыздың мақсаты ретінде анықталды.

Қолданылатын зерттеу әдістері. Мазмұнды талдау.

Зерттеу нәтижелерін ұсыну

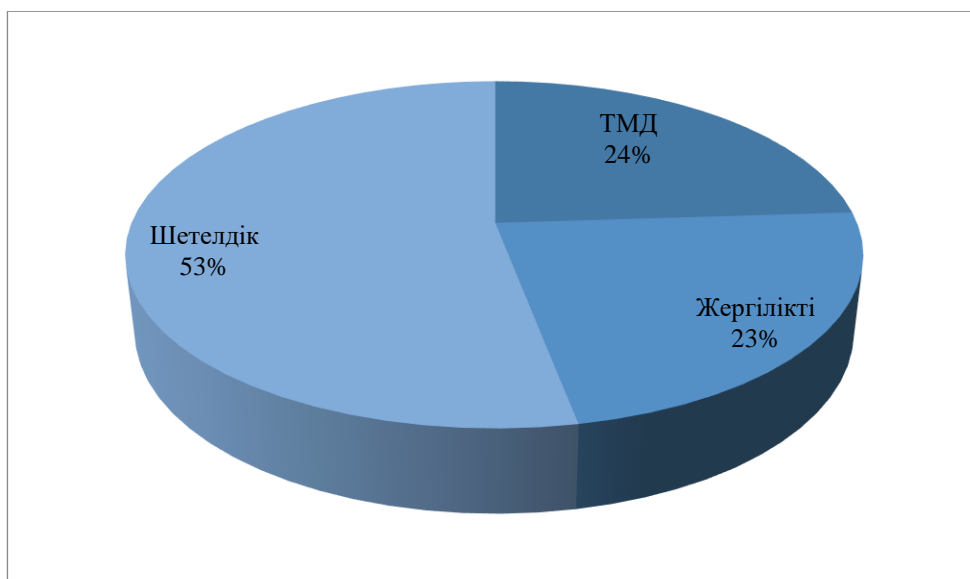
Зерттеудің бірінші кезеңінде, негізінде

2022–2024 жылдар аралығында артритті емдеуге арналған дәрілік заттардың мемлекеттік тізілімінің деректеріне контент-талдау жүргізілді. Жүргізілген талдау нәтижелері бойынша 2022 жылы тіркелген және артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттар өндірушілерге қатысты пайыздық үлеспен бөлінді: 23% жергілікті өндірушілер, 24% ТМД елдерінен (Ресей, Украина, Қазақстан, Грузия), 53% Үндістан, Түркия, Қытай және АҚШ өндірушілері[78,79,80].



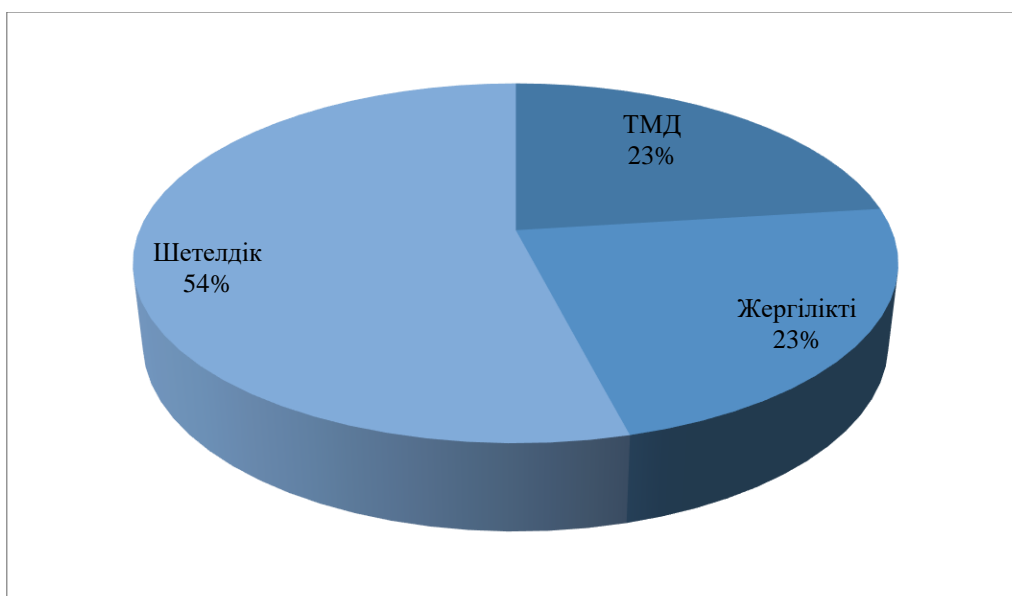
Сурет 23 — Өндіруші бойынша ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын препараттарды бөлу (2022 ж.)

2023 жылы бұл көрсеткіштерде іс жүзінде өзгерістер болған жоқ: 23% жергілікті өндірушілер: 25% ТМД елдерінен, 52% басқа шет елдерден (24-сурет).



Сурет 24 – Өндіруші бойынша ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын препараттарды бөлу (2023 ж.)

Ал 2024 жылы бұл көрсеткіштер былайша бөлінді: 23% – жергілікті тауар өндірушілер; 23% - ТМД елдерінен, 54% - басқа шет мемлекеттерден (25-сурет).

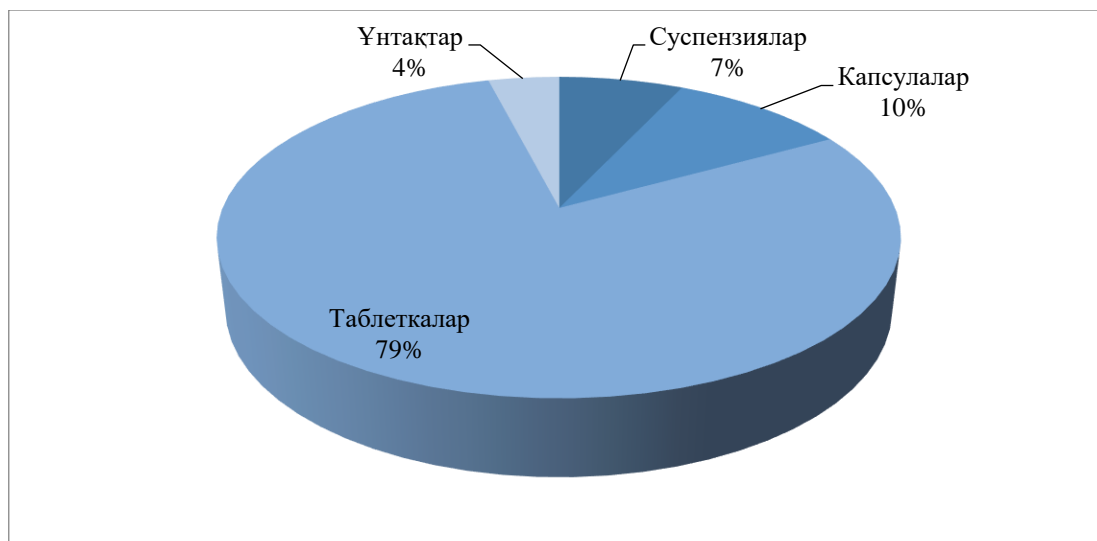


Сурет 25 – Өндіруші бойынша ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын препараттарды бөлу (2024 ж.)

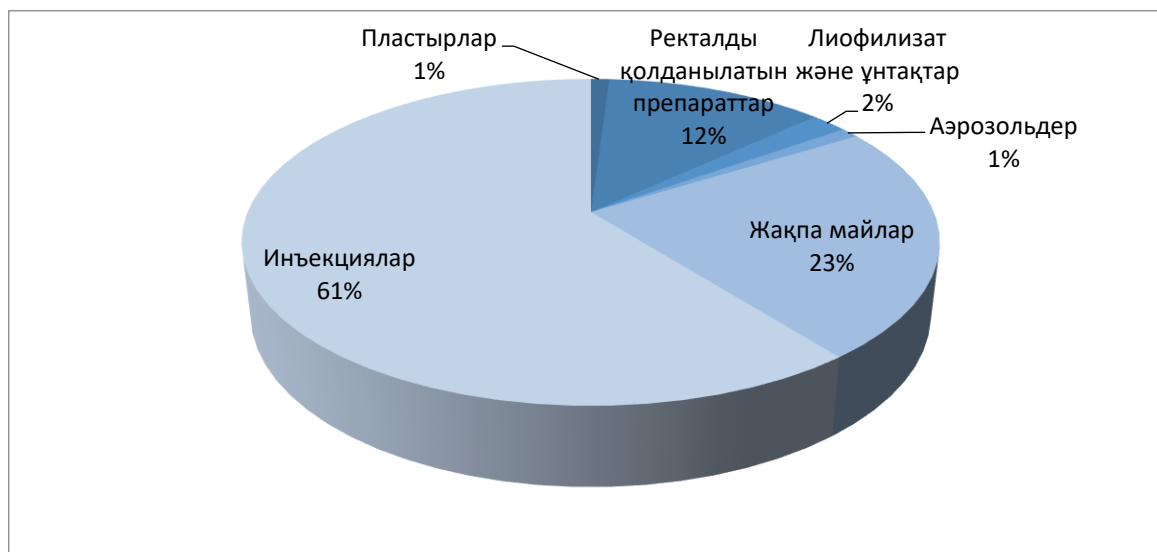
Ревматоидты артритті емдеуге арналған дәрі-дәрмектер парентеральды және перорально қабылданады. Дәрілік заттарды нысандары бойынша талдау келесі нәтижелерді көрсетті.

2022 жылы артритті емдеуге арналған ішке қабылданатын дәрілердің ассортименти келесідей бөлінді: 10% - капсулалар, 4% - ұнтақтар, 7% - суспензиялар, 79% - таблеткалар. Парентеральды енгізілетін препараттар: 1% -

аэрозольдер, 6% - жергілікті қолдануға арналған ерітінділер мен пластырлар, 12% - ректалды қолданылатын препараттар, 2% - лиофилизат және ұнтақтар, 23% - жақпа майлар, 60% - инъекциялар (26. а, б-сурет).

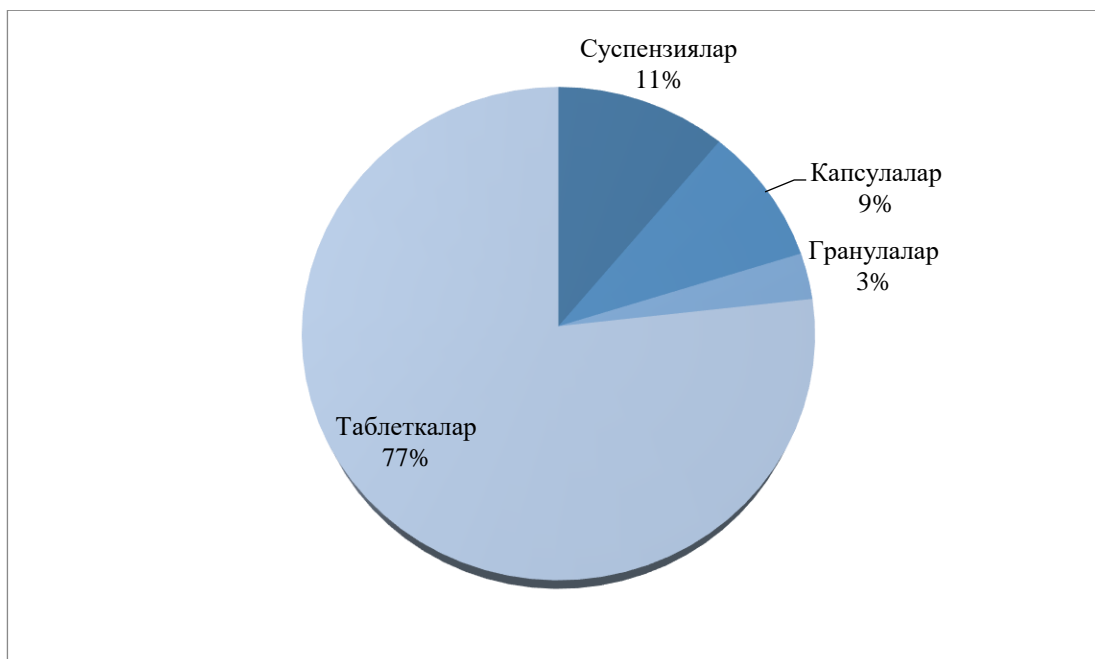


Сурет 26а – Пероральды қабылданған дәрілік заттарды пропорция бойынша бөлу (2022 ж.)

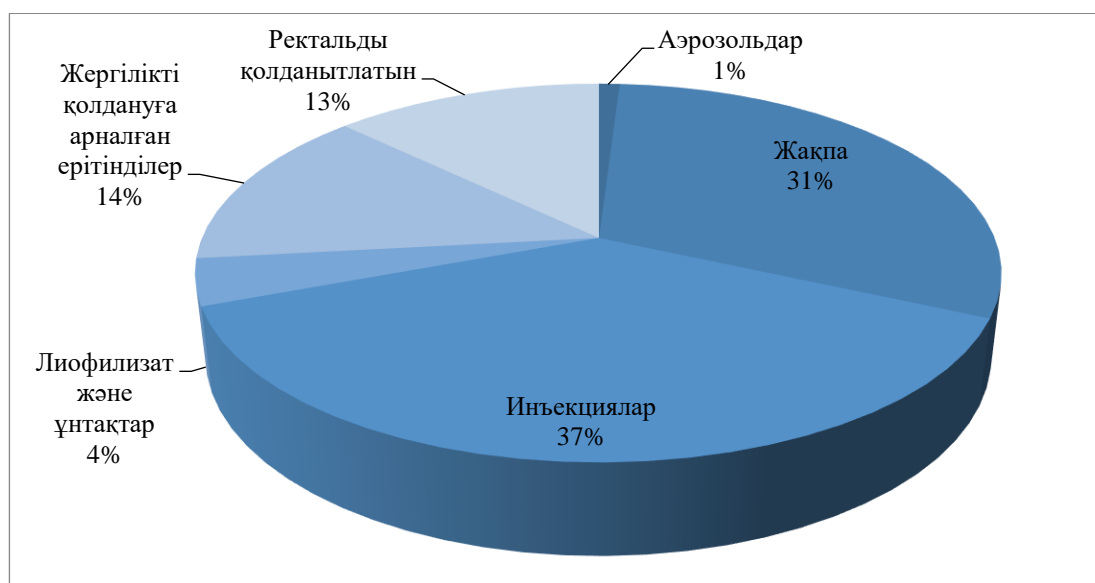


Сурет 26б – Парентеральді енгізілетін дәрілік заттарды үлестіру (2022 ж.)

2023 жылы пероральды қабылданған препараттар: 7% - капсулалар, 4% - түйіршіктер, 7% - суспензиялар, 82% - таблеткалар; парентеральді түрде енгізілді: 1% - аэрозольдер, 14% - жергілікті қолдануға арналған ерітінділер мен пластырлер, 13% - тік ішек препараттары, 4% - лиофилизаттар мен ұнтақтар, 10% - тік ішек препараттары, 23% - жақпа, 38% - инъекциялар (27. а, б-сурет).

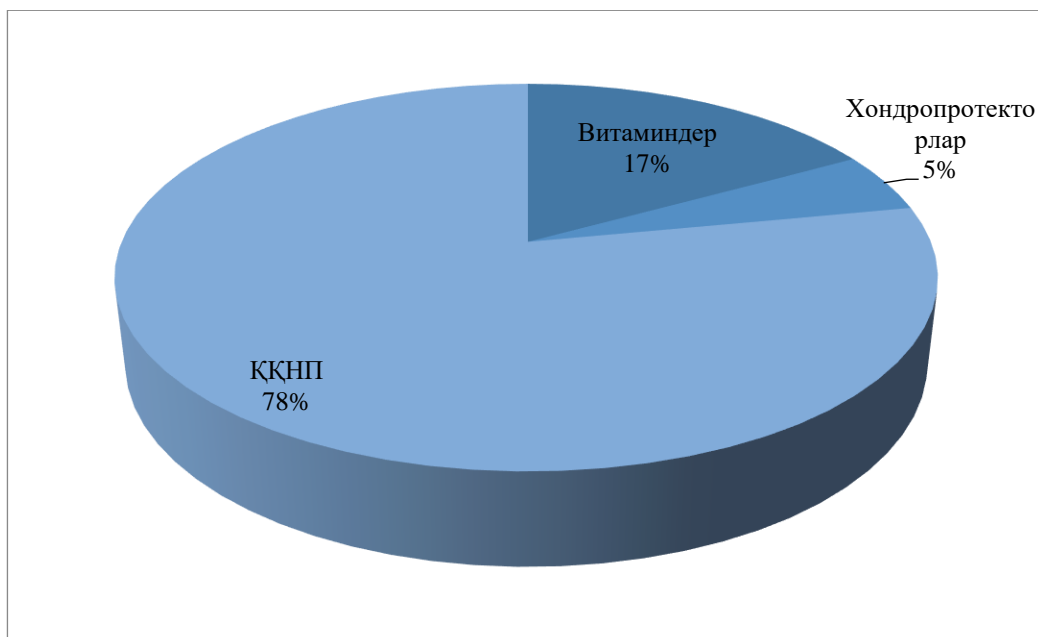


Сурет 27а – Пероральды қабылданатын дәрілік заттарды нарық үлесі бойынша бөлу (2023 ж.)



Сурет 27б – Парентеральді енгізілетін дәрілік заттарды үлестіру (2023 ж.)

Ішке қабылданатын дәрілік заттардың ассортиментінің дәрілік нысандары бойынша 2023 жылғы деректер: 3% - түйіршіктер, 9% - капсулалар, 11% - суспензиялар, 77% - таблеткалар; парентеральді енгізілетін препараттар: 1% - аэрозольдер, 1% - жергілікті қолдануға арналған ерітінділер мен патчтар, 4% - лиофилизаторлар мен ұнтақтар, 10%- ректальды енгізілетін препараттар, 22% - жақпа, 62% - инъекциялар (28 а, б-сурет)

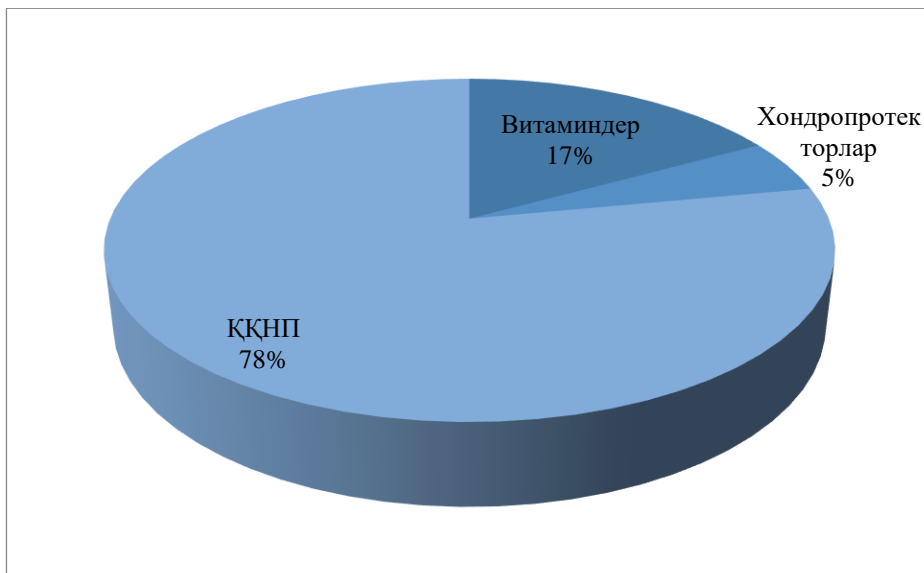


Сурет 28а – Ішке қабылданатын препараттарды дәрілік форма бойынша пропорционалды бөлу

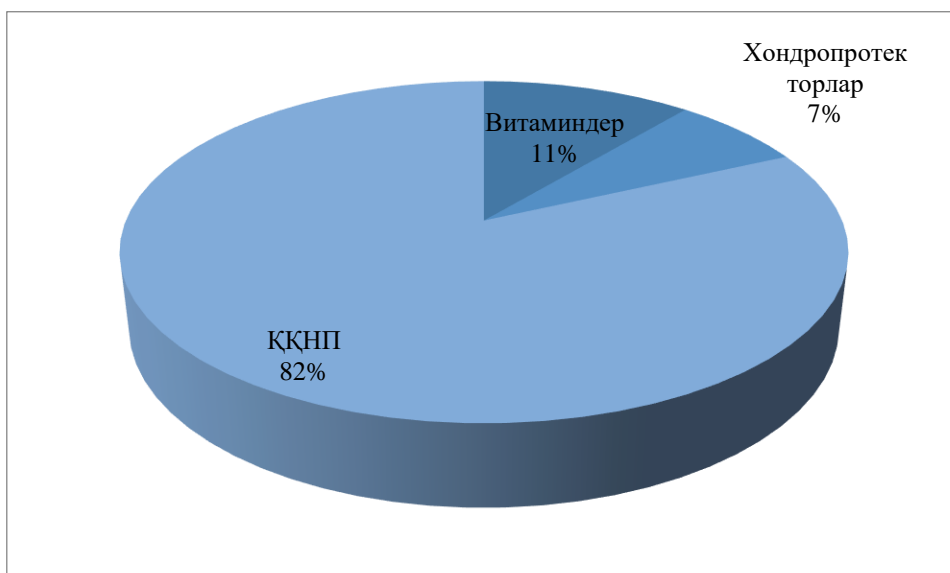


Сурет 28б – Дәрілік нысандар бойынша парентеральді енгізілетін дәрілік заттарды ортақ бөлу (2023 ж.)

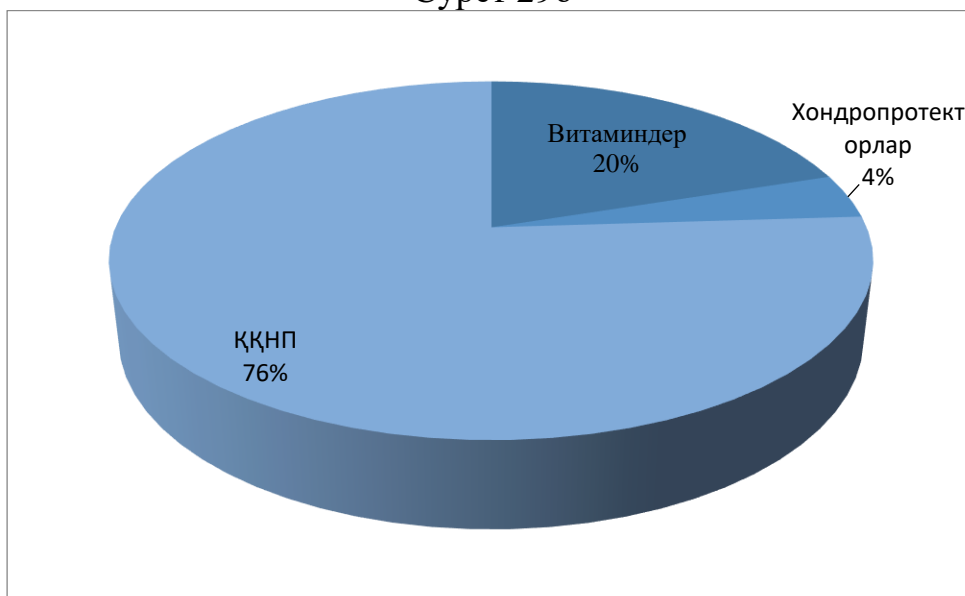
2022, 2023 және 2024 жылдардағы деректер бойынша дәрілік заттар белсенді зат бойынша келесідей бөлінді: 5% (2022 ж., 15а-сурет); 7% (2023 ж., 15 б-сурет) 4%; (2024, 29а-сурет) хондропротекторлар; 17% (2022 ж.); 11% (2023 ж.); 20% (2024 ж.) витаминдер; 78%; (2022); 81% (2023 ж.); 77% (2024 ж.) стероидты емес қабынуға қарсы препараттар (29б-сурет).



Сурет 29а



Сурет 29б



Сурет 29с

Сурет 29 а,б,с— Белсенді зат бойынша ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын дәрілік заттарды бөлу (2022 - 2024 ж.)

Қорытынды: Жүргізілген маркетингтік талдау ревматоидты артритті (РА) емдеуге арналған дәрілік заттардың түрлері, дәрілік формалары, шығарушы елдері мен белсенді заттар бойынша құрылымын кешенді түрде сипаттауға мүмкіндік берді. 2022–2024 жылдар аралығындағы мәліметтерге сүйене отырып, РА емінде шетелдік өндіріс дәрілерінің басымдығы байқалады: 2022 жылы — 53%, 2023 жылы — 52%, 2024 жылы — 54%. Бұл Қазақстан нарығында импортқа тәуелділіктің әлі де жоғары екенін көрсетеді. Сол уақытта отандық өндірушілердің үлесі тұрақты түрде 23% деңгейінде қалып отыр. Бұл көрсеткіш отандық фармацевтикалық өндірісті дамыту қажеттігін көрсетеді. Дәрілік формаларға келсек, пероральды дәрілердің ішінде таблетка түрі басым (2022 жылы — 79%, 2023 жылы — 82%, 2024 жылы — 77%), ал парентеральды дәрілердің ішінде инъекциялар негізгі үлесті алады (2022 жылы — 60%, 2023 жылы — 38%, 2024 жылы — 62%). Белсенді заттар бойынша сараптама да маңызды үрдістерді көрсетті: стероидты емес қабынуға қарсы препараттар барлық үш жыл бойы негізгі үлесті алып отыр (орта есеппен 78–81%). Сонымен қатар, хондропротекторлар мен дәрумендердің үлесі жыл сайын өзгеріп отырғанымен, олардың рөлі айтарлықтай төмен. Жалпы, зерттеу нәтижелері РА емдеуге арналған дәрілік заттар нарығының құрылымын түсінуге, фармакоэкономикалық және стратегиялық жоспарлауға, сондай-ақ денсаулық сақтау жүйесінде ресурстарды оңтайлы бөлуге мүмкіндік береді. Бұл деректер дәрілік қамтамасыз ету саясатын жетілдіру және отандық өндірісті қолдау бағытындағы маңызды практикалық шешімдер қабылдауға негіз бола алады.

ҚОРЫТЫНДЫ

Бүгінгі таңда ревматикалық аурулардың таралу проблемасы әлемнің барлық елдерінде, соның ішінде Қазақстанда да өзекті мәселе болып отыр. Біздің зерттеуіміз Астана қаласындағы емханаларда емделуде жатқан науқастардың дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілуін талдауға және бағалауға мүмкіндік берді.

Жүргізілген зерттеу нәтижелері Астана қаласындағы ревматоидты артритпен (РА) ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесінің қазіргі жағдайын кешенді түрде бағалауға мүмкіндік берді. Сондай-ақ, ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрілік препараттармен қамтамасыз ету бойынша талдау жүргізіліп, практикада жиі қолданылатын емдеу тәсілдері анықталды.

Ревматоидты артритті емдеуде стратификацияланған фармакоэкономикалық тәсіл — клиникалық көрсеткіштер мен шығын тиімділігін үйлестірудің ұтымды моделі жасалды. Жеңіл және орташа дәрежелі жағдайларда арзан әрі тиімді базалық синтетикалық препараттарды қолдану жеткілікті болса, ауыр ағымда – биологиялық немесе мақсатталған терапия көрсетілген. Қазақстанда мұндай үлгі ресурстарды оңтайлы пайдалануға және емдеу нәтижелілігін арттыруға мүмкіндік береді.

Жүргізілген маркетингтік талдау ревматоидты артритті (РА) емдеуге арналған дәрілік заттардың түрлері, дәрілік формалары, шығарушы елдері мен белсенді заттар бойынша құрылымын кешенді түрде сипаттауға мүмкіндік берді. Зерттеу нәтижелері РА емдеуге арналған дәрілік заттар нарығының құрылымын түсінуге, фармакоэкономикалық және стратегиялық жоспарлауға, сондай-ақ денсаулық сақтау жүйесінде ресурстарды оңтайлы бөлуге мүмкіндік береді. Бұл деректер дәрілік қамтамасыз ету саясатын жетілдіру және отандық өндірісті қолдау бағытындағы маңызды практикалық шешімдер қабылдауға негіз бола алады.

Астана қаласының емханаларында есепте тұрған РА науқастарына жүргізілген социологиялық сауалнама деректері олардың тегін дәрілік көмектің қолжетімділігіне қанағаттану деңгейінің әркелкілігін көрсетті. Науқастарды сауалнама нәтижесінде біз ревматикалық препараттардың жүйелі жазылу тобын және жиі қолданылатын препараттарды анықтай алдық. Науқастар арасында жүргізілген сауалнама қорытындысы бойынша, ең өзекті мәселе – дәрі-дәрмектің уақытылы алынбауы екендігіне көз жеткіздік.

Жалпы алғанда, бұл зерттеу ревматоидты артритпен ауыратын науқастарға медициналық және фармацевтикалық көмекті оңтайландыруға бағытталған, ал ұсынылған практикалық ұсынымдар денсаулық сақтау жүйесінде тиімді басқару шешімдерін қабылдауға және халықтың өмір сапасын арттыруға нақты үлес қоса алады.

ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР

Диссертация тақырыбы бойынша зерттеу жұмыстарының аясында қол жеткізілген нәтижелер:

Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды тегін дәрілік препараттармен қамтамасыз ету ісінің практикалық маңыздылығын көрсетеді. Бұл мәселе Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігіне қарасты «Республикалық ревматологиялық денсаулық сақтау практикалық орталығы» мен медициналық көмек көрсететін ұйымдарда қызмет ететін денсаулық сақтау саласының мамандарына өзекті болып табылады. Ревматоидты артрит диагнозы қойылған науқастармен тиімді жұмыс жүргізу үшін бұл сәйкестік денсаулық сақтау жүйесінің әлеуетін арттырып, пациенттерге көрсетілетін медициналық көмектің сапасын жақсартуға ықпал етеді. Төменде диссертациялық жұмыс барысында анықталған практикалық ұсыныстар берілген, олар Қазақстандағы ревматикалық аурулары бар науқастардың емделуді ұстануын жақсартуға және өмір сүру сапасын жақсартуға көмектеседі.

1. Қазақстан аймақтарындағы ревматикалық аурулардың таралу динамикасына мониторинг және талдау жүргізу:

– ауруды анықтауға және емдеу стратегияларын түзетуге көмектеседі;

– емханалардағы науқастардың жағдайын бақылаудың орталықтандырылған деректер қорын құру, бұл олардың жағдайының өзгеруіне мүмкіндік береді.

2. Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің логистикасын оңтайландыру:

– дәріханаларда болуын қамтамасыз ету үшін дәрігерлер жиі тағайындайтын бірқатар дәрі-дәрмектерді сақтау;

– дәрілік заттардың қолжетімділігіне, сапасына және жеткізіліміне қанағаттанушылықты бағалау үшін медицина қызметкерлері мен пациенттер арасында тұрақты сауалнама жүргізу.

– дәрі-дәрмектердің қозғалысын (жеткізу, сақтау, тарату, болжамды тапшылық) бақылау үшін бірыңғай электронды логистикалық жүйе құру.

3. Білім және ақпарат:

– дәрігерлер мен медицина қызметкерлерін ревматикалық препараттарды тағайындау бойынша соңғы клиникалық хаттамалар мен ұсыныстарды оқыту;

– науқастарға емді сақтаудың және дәрілік заттарды дұрыс қолданудың маңыздылығы туралы білім беру іс-шараларын ұйымдастыру;

– веб-портал, мобильді қосымшалар және басып шығарылған брошюралар арқылы ақпараттық материалдарға қолжетімділікті қамтамасыз ету.

4. Отбасын қолдау:

– емделушілерге және пациенттердің отбасы мүшелеріне емделуді ұстануды қолдау және жақсарту дағдыларын үйрету үшін тұрақты семинарлар мен тренингтер ұйымдастыру.

5. Фармацевтикалық күтім:

– фармацевтикалық көмек көрсету бағдарламасын жүзеге асыру, онда фармацевтер емделушілерге емдеу, жанама әсерлер және дәрілік өзара әрекеттесу туралы кеңес беру;

– ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дер кезінде анықтау және терапияны түзету үшін тұрақты тексерулер мен консультациялар жүйесін енгізу.

6. Біріктірілген тәсіл:

– емделушінің емделуге бейімділігін жақсарту үшін медициналық және психоәлеуметтік қолдауды біріктіретін кешенді тәсілді қолдану;

– жеке емдеу және қолдау жоспарларын жасау үшін пәнаралық топтарды (дәрігерлер, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер) пайдалану.

7. Әдістерді бағалау және бейімдеу:

– қажетті өзгерістер мен жақсартуларды енгізе отырып, қолданылатын әдістер мен ақпараттық материалдардың тиімділігіне тұрақты түрде баға беру;

– озық тәжірибе алмасу үшін ревматикалық көмек көрсететін ұйымдармен бірлесіп жұмыс жасау.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Всемирная организация здравоохранения. *Глобальный отчет о бремени болезней*. Женева: ВОЗ; 2023.
2. Насонов Е.Л., Каратеев А.Е. Современные представления о ревматических заболеваниях. // *РМЖ*. – 2019. – Т. 27(3).
3. Smolen J.S., Aletaha D., McInnes I.B. Rheumatoid arthritis // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 388(10055). – P. 2023–2038.
4. Firestein G.S., McInnes I.B. Immunopathogenesis of rheumatoid arthritis // *Immunity*. – 2017. – Vol. 46(2). – P. 183–196.
5. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Статистика здравоохранения. – Нур-Султан: МЗ РК, 2023.
6. Сүлейменов Г.Ж., Ибраева А.Б., Әбілдаев А.Р. Дәрілік қамтамасыз ету жүйесінің проблемалары мен жетілдіру жолдары // *Медициналық журнал*. – 2019. – №4
7. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л. Проблемы применения НПВП в ревматологии: современные подходы // *Consilium Medicum*. – 2018. – Т. 20(7).
8. Жұмағалиева А.К. Ревматоидты артритті емдеудің фармакоэкономикалық аспектілері // *Қоғамдық денсаулық журналы*. – 2020. – №3.
9. Сухарева М.В., Лиля А.М., Дубинина Т.В. Применение клинических рекомендаций в реабилитации ревматологических пациентов // *Вопросы организации здравоохранения*. – 2015. – №6.
10. Сүлейменов Г.Ж. и др. Комплексная оценка доступности лекарств для лечения ревматических заболеваний // *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. – 2019. – №2.
11. Raychaudhuri S. Recent advances in the genetics of rheumatoid arthritis // *Curr Opin Rheumatol*. – 2010. – Vol. 22(2). – P. 109–118.
12. Cutolo M. Sex hormones influence on the immune system: basic and clinical aspects in autoimmunity // *Lupus*. – 2004. – Vol. 13(9). – P. 635–638.
13. Klareskog L., Catrina A.I., Paget S. Rheumatoid arthritis // *The Lancet*. – 2009. – Vol. 373(9664). – P. 659–672.
14. McInnes I.B., Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis // *New Engl J Med*. – 2011. – Vol. 365(23). – P. 2205–2219.
15. van Boekel M.A.M. et al. (2002) – Autoantibody systems in rheumatoid arthritis: specificity, sensitivity and diagnostic value // *Arthritis Research* – Vol. 4(2). – P. 87–93.
16. McInnes I.B., Schett G. (2011) – The pathogenesis of rheumatoid arthritis // *N Engl J Med*. – Vol. 365(23). – P. 2205–2219.
17. Клинические рекомендации по ревматоидному артриту / Под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 312 с.
18. Nasónov E.L., Karateev A.E. (2020) – Ревматоидный артрит: современные подходы к диагностике и лечению // *РМЖ. Болезни суставов*. – Т. 28(3). – С. 120–129.

19. Dougados M. et al. (2008) – Prevalence of extra-articular manifestations in patients with rheumatoid arthritis // *Ann Rheum Dis.* – Vol. 67. – P. 968–971.
20. Turesson C., Matteson E.L. (2009) – Vasculitis in rheumatoid arthritis // *Curr Opin Rheumatol.* – Vol. 21(1). – P. 35–40
21. World Health Organization (WHO). *Global Burden of Disease Report.* – Geneva: WHO; 2023.
22. Rudan I. et al. Epidemiology and burden of rheumatoid arthritis in low-income and middle-income countries: a systematic review // *Bulletin of the World Health Organization.* – 2015. – Vol. 93(9). – P. 652–661.
23. Alamanos Y., Drosos A.A. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis // *Autoimmunity Reviews.* – 2005. – Vol. 4(3). – P. 130–136.
24. Ferucci E.D. et al. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis among Alaska Native people // *Arthritis Rheum.* – 2005. – Vol. 53(6). – P. 964–971.
25. Bennett P.H. et al. High prevalence of rheumatoid arthritis in Pima Indians // *Arthritis Rheum.* – 1971. – Vol. 14(1). – P. 47–52.
26. Helmick C.G. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part I // *Arthritis & Rheumatism.* – 2008. – Vol. 58(1). – P. 15–25.
27. Gabriel S.E., Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases // *Arthritis Research & Therapy.* – 2009. – Vol. 11(3). – P. 229.
28. Kvien T.K. Epidemiology and burden of illness of rheumatoid arthritis: a review // *Scandinavian Journal of Rheumatology.* – 2004. – Vol. 33(2). – P. 88–96.
29. Adebajo A.O., Davis P. Rheumatic diseases in Africa // *Clinical Rheumatology.* – 1994. – Vol. 13(3). – P. 450–453.
30. Chopra A., Patil J., Billampelly V.G. Prevalence of rheumatic diseases in rural population in western India: a WHO-ILAR COPCORD study // *Journal of the Association of Physicians of India.* – 2001. – Vol. 49. – P. 240–246.
31. Kim D., Choi C.B., Lee J. et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in South Korea // *Rheumatology International.* – 2011. – Vol. 31(11). – P. 1533–1538. (Оңтүстік Кореядағы таралу)
32. Raychaudhuri S. Recent advances in the genetics of rheumatoid arthritis // *Curr Opin Rheumatol.* – 2010. – Vol. 22(2). – P. 109–118.
33. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі. *Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы ұлттық баяндама, 2023 жыл.* – Астана: ҚР ДСМ, 2023. – 184 б. (Қол жетімді: <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm> – бөлім: Ревматологиялық көмек статистикасы.)
34. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі. *Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесінің жағдайы туралы 2020 жылғы Ұлттық баяндама.* – Астана: ҚР ДСМ, 2021. – Б. 73.
35. Silman A.J., Pearson J.E. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis // *Arthritis Research.* – 2002. – Vol. 4(Suppl 3). – P. S265–S272.

36. Pincus T. et al. Estimated long-term outcomes and life expectancy in rheumatoid arthritis patients // *Arthritis Rheum.* – 2002. – Vol. 46(1). – P. 1–9.
37. Firestein G.S., McInnes I.B. Immunopathogenesis of rheumatoid arthritis // *Immunity.* – 2017. – Vol. 46(2). – P. 183–196.
38. IQVIA. Қазақстандағы фармацевтикалық нарыққа шолу. 2023 жылдың қорытындысы бойынша аналитикалық есеп. – Алматы: IQVIA Kazakhstan, 2024. – 28 б. (Қолжетімді: <https://www.iqvia.com/>)
39. Қазақстан Республикасының Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың мемлекеттік тізілімі. – Астана: ҚР Денсаулық сақтау министрлігі, 2024. (Қолжетімді: <https://www.ndda.kz/> немесе <https://dari.kz/>)
40. ҚР ДСМ «Фармация комитеті» жанындағы Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті. Қазақстан Республикасында тіркелген дәрілік заттардың номенклатуралық талдауы, 2024 жыл. – Астана: 2024. – 36 б.
41. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі. «Ревматоидты артрит» ауруын диагностикалау және емдеу жөніндегі клиникалық хаттама. – Астана, 2023.
42. «СК-Фармация» ЖШС. 2023 жылға арналған дәрілік заттарды орталықтандырылған сатып алу және жеткізу бойынша есеп. – Астана: СК-Фармация, 2024. (Қолжетімді: <https://sk-pharmacy.kz/>)
43. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі. СК-Фармация ЖШС-нің 2023 жылғы дәрілік қамтамасыз ету бойынша аналитикалық есебі. – Астана, 2024.
44. Safiri S., Kolahi A.A., Cross M. et al. *Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020* // *The Lancet Rheumatology.* – 2023. – Vol. 5(1). – P. e2–e12.
45. World Health Organization. *WHO Model List of Essential Medicines – 2023 update.* – Geneva: WHO, 2023. – <https://www.who.int>
46. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Укрепление систем здравоохранения для обеспечения более эффективного использования ресурсов: Доклад ВОЗ, 2010.
47. Aletaha D., Smolen J.S. "Diagnosis and management of rheumatoid arthritis: A review." *JAMA.* 2018; 320(13): 1360–1372. DOI: 10.1001/jama.2018.13103.
48. European League Against Rheumatism (EULAR). "EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update." *Annals of the Rheumatic Diseases,* 2020; 79:685–699.
49. Овчинникова О.В., Севостьянова Е.А. "Лекарственное обеспечение пациентов с ревматоидным артритом в странах СНГ", журнал «Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология», 2021; т.14(2): 122–128.
50. OECD Health Policy Studies. "Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines." OECD Publishing, Paris, 2018. DOI: 10.1787/9789264307391-en.

51. World Health Organization (WHO). "Global report on effective access to assistive technology." Geneva, 2022.
52. Smolen J.S., Landewé R.B.M., Bijlsma J.W.J., et al. "EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update." *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2020; 79(6): 685–699.
53. World Health Organization (WHO). "Adherence to long-term therapies: evidence for action." Geneva: WHO, 2003.
54. Iuga A.O., McGuire M.J. "Adherence and health care costs." *Risk Management and Healthcare Policy*, 2014; 7: 35–44.
55. Cutler R.L., Fernandez-Llimos F., Frommer M., Benrimoj C., Garcia-Cardenas V. "Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review." *BMJ Open*, 2018; 8(1): e016982
56. van der Heijde D., et al. "2010 Update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis." *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2010; 69(6): 964–975.
57. Singh J.A., Saag K.G., Bridges S.L. Jr, et al. "2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis." *Arthritis & Rheumatology*, 2016; 68(1): 1–26. DOI: 10.1002/art.39480.
58. Насонова В.А., Астапенко М.Г. "Ревматоидный артрит: современные подходы к лечению и проблема приверженности пациентов к терапии." *Терапевтический архив*, 2018; 90(4): 112–118.
59. Горбунова В.О., Кузнецова Н.Н. "Комплаентность пациентов при хронических заболеваниях: значение для эффективности терапии." *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*, 2020; 13(2): 147–153.
60. Waimann C.A., Marengo M.F., de Achaval S., et al. "Electronic monitoring of oral therapies in ethnically diverse and economically disadvantaged patients with rheumatoid arthritis: consequences of low adherence." *Arthritis and Rheumatism*, 2013; 65(6): 1421–1429.
61. Salt E., Frazier S.K. "Adherence to disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis: a narrative review of the literature." *Orthopedic Nursing*, 2010; 29(4): 260–275.
62. Treharne G.J., Lyons A.C., Kitas G.D. "Medication adherence in rheumatoid arthritis: effects of psychosocial factors." *Psychology, Health & Medicine*, 2004; 9(3): 337–349.
63. Pasma A., van 't Spijker A., Hazes J.M.W., Busschbach J.J.V., Luime J.J. "Factors associated with adherence to pharmaceutical treatment for rheumatoid arthritis patients: a systematic review." *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2013; 43(1): 18–28.
64. Voshaar M.J.H., Vriezekolk J.E., van Dulmen S.A., van de Laar M.A.F.J. "Barriers and facilitators to disease-modifying antirheumatic drug use in patients with inflammatory arthritis: a qualitative theory-based study." *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2016; 17: 442.

65. Рябицева Л.Ф., Токмашев Р.Э., Романов А.Н. "Факторы приверженности к лечению у пациентов с ревматоидным артритом." *Медицинский вестник Юга России*, 2017; №2: 34–39.
66. Беляева И.В., Артемьева Е.В. "Проблемы комплаентности в терапии ревматоидного артрита." *Медицинская теория и практика*, 2018; №2(22): 78–82.
67. Машкунова О.В., Омарова Д.С., Ермухамедова Г.С. и др. "Анализ приверженности терапии у пациентов с ревматоидным артритом в Казахстане." *Вестник кардиологии и внутренних болезней*, 2018; №3 (117): 150–155.
68. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі. "Қазақстандағы ревматоидты артритпен ауыратын пациенттерді басқару тәжірибесі: Алматы және Астана қалаларының клиникалық зерттеулері." Нұр-Сұлтан, 2020.
69. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі. Қазақстан халқының аурушандығы бойынша 2023 жылғы статистикалық жинақ. — Астана: Ұлттық қоғамдық денсаулық сақтау орталығы, 2024. — 112 б
70. Сидоров, П.П. Основы фармакоэкономики в медицине. – М.: МедПресс, 2019. – 200 б.
71. Сидоров П.П. Основы фармакоэкономики в медицине. — М.: МедПресс-информ, 2019. — 256 с.
72. Рябцева Л.Ф. Фармакоэкономика в ревматологии: методология и практика. — СПб.: СпецЛит, 2021. — 198 с.
73. Гусев Е.И. Ревматология. Национальное руководство. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 976 с.
74. Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е. и др. Проект рекомендаций по лечению ревматоидного артрита Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» — 2014 (часть 1). Научно-практическая ревматология. 2014; 52 (5): 477—94.
75. Жумагалиева А.К. Фармакоэкономический анализ терапии ревматоидного артрита в Республике Казахстан // Научный журнал «Медицина». – 2020. – Т. 5, № 2. – С. 45-50.
76. Bruyère O., Honvo G., Veronese N., Reginster J.Y. Update on the role of pharmaceutical-grade chondroitin sulfate in the symptomatic management of knee osteoarthritis // *Aging Clin Exp Res*. – 2019. – Т. 31(8). – С. 1163-1167.
77. C, Nanchahal J, Taylor P, Feldmann M. Anti-TNF therapy: past, present and future. *Int Immunol*. 2015 Jan;27(1):55-62. doi: 10.1093/intimm/dxu102
78. United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). World Investment Report 2022: International Production beyond the Pandemic. – Geneva: United Nations, 2022. – URL: <https://unctad.org>
79. IMS Health (IQVIA). Global Pharmaceutical Market Trends and Forecasts 2023. – IMS Health, 2023. – URL: <https://www.iqvia.com>
80. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. – Paris: OECD Publishing, 2023. – DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2023-en

ҚОСЫМШАЛАР

ҚОСЫМША А

Анықтамасы

Ревматоидтық артрит – белгісіз этиологиядағы мультифакториалдық аутоиммундық ауру, оның дамуына көптеген факторлар қатысады: сыртқы орта, иммундық, генетикалық, гармоналдық және т.б. Перифериялық буындардың симметриялық созылмалы эрозивтік артритімен (синовиттер) және ішкі ағзалардың жүйелік қабынулық зақымдалуымен мінезделеді.

Хаттама коды: Н-Т-022 "Серопозитивті ревматоидты артрит"

Терапевтикалық саладағы стационарлар үшін

АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):

М05 Серопозитивтік ревматоидтық артрит

М06 Басқа ревматоидтық артриттер

ҚОСЫМША Б

Жіктемесі

Жіктемесі

Аурулардың клиникалық-анатомиялық мінездемесі:

1. Ревматоидтық артрит:

- полиартрит;
- олигоартрит.

2. Ревматоидтық артрит:

- висцериттермен;
- ретикулоэндотелиалдық жүйе;
- өкпе;
- жүрек;
- қантамыр;
- көз;
- бүйректің сілемейлі қабатының зақымдалуымен;
- ағзалардың амилоидозы;
- жалған септикалық синдром;
- Фелти синдромы.

3. Остеоартроз, ревматизм, денекер тіндерінің басқа да диффуздық ауруларымен қосарланады.

ҚОСЫМША В

Пациенттерге арналған сауалнама

Сауалнама пациенттерге арналған

Құрметті респонденттер!

"Астана медицина университеті" КеАҚ фармацевтикалық пәндер кафедрасы пациенттерге сауалнама жүргізеді. Сіздің жауаптарыңыз бізге дәрі-дәрмектің қазіргі жағдайын бағалауға және ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды оңтайландыру шараларын ұсынуға көмектеседі.

Біз сізді осы зерттеуге қатысуға шақырамыз. Сіздің пікіріңіз біз үшін өте маңызды, сондықтан Сізден барлық сұрақтарға жауап беріп, толық және ашық түрде жауап беруіңізді сұраймыз. Сауалнамаға қатысушылардың жауаптары басқа респонденттердің жауаптарымен топтастырылады және алынған барлық ақпарат тек жалпыланған және иесіздендірілген түрде талданады. Біз анонимділік пен құпиялылыққа кепілдік береміз.

Нұсқаулық. Сұраққа жауап беру үшін белгі қою керек.

Кейбір сұрақтарда өз пікіріңізді көрсетуіңізді сұраймыз.

Қосымша ақпарат алу үшін Сіз зерттеушімен байланыса аласыз – Адалбек Бақзерде тел: 8-747-748-49-54;

Email: zadalbek@bk.ru

1. Жынысы:

- ер
- әйел

2. Сіздің жасыңыз (жыл):

3. Ревматоидты артрит диагнозымен Қазақстан Республикасын тегін және (немесе) жеңілдікпен амбулаториялық қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесі бойынша сіз қандай препарат аласыз? (атауын көрсетіңіз):

4. Сіз ревматоидты артрит диагнозын емдеуге арналған дәрі-дәрмектердің қол жетімділігіне қанағаттанасыз ба?

- Иә
- Жоқ

5. Дәрі-дәрмектерге қосымша өтініш жіберуі үшін, Сіз өзіңіздің дәрігеріңізге қалған дәрі-дәрмектердің мөлшері туралы хабар бересіз бе?

- Иә

- Жоқ
6. Дәрігерге қалған дәрі-дәрмектердің саны туралы хабар бергеннен кейін, Сіз дәрі-дәрмектерді қаншалықты тез аласыз?
- Бір айдан кейін
 - Жарты жылдан кейін
 - Бір жылдан кейін
 - Сіздің нұсқаңыз _____
7. Сіз дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпараттың сапасы мен толықтығына қанағаттанасыз ба?
- Иә, толықтай
 - Жоқтан гөрі, иә
 - Көбірек иә
 - Қанағаттанбаймын
8. Медициналық ұйымның дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуі және тікелей медициналық ұйымда берілетін қызмет көрсету тәртібі туралы ақпараттың толықтығы мен сапасын қалай бағалай аласыз?
- өте жеткіліксіз
 - жеткіліксіз
 - қанағаттанарлық
 - толық
 - қабылдауға ыңғайсыз
9. Медициналық ұйымға жүгінген кезде сіз медициналық ұйымның үй-жайларында орналасқан дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы ақпаратқа (стендтер, ақпараттар және т. б.) жүгіндіңіз бе?
- Иә
 - Жоқ
 - Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы жарияланған ақпарат болған жоқ
10. Сізде дәрі-дәрмекті өз қаражатыңыздан төлеу қажеттілігі туындады ма?
- иә, тегін дәрі-дәрмектермен емдеудің ең жақсы баламасы ретінде
 - иә, қажетті дәрі-дәрмектердің жоқ болуы себебінен
 - жоқ, қажетті дәрі-дәрмектер тегін берілді
11. Қажетті дәрі-дәрмекті үшін ревматологқа қаншалықты жиі барасыз?
- Айына бір рет
 - Тоқсанына бір рет
 - Жарты жылда бір рет
 - Жылына бір рет
 - Дәрігерге жүгінбеймін
12. Болашақта дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуден қандай үміт күтесіз?
- жаңа, тиімдірек және қауіпсіз дәрілік препараттарды әзірлеу

- цифрлық технологиялар мен телемедицинаны дамыту
 - дәрі-дәрмектермен алмасу үшін фармацевтика саласындағы халықаралық ынтымақтастықты дамыту
 - басқа (өтініш, нақтылаңыз)
-

13. Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсарту бойынша Сіздің ұсыныстарыңыз, тілектеріңіз

Сауалнамаға қатысқаныңыз үшін рахмет!

Сіздің жауаптарыңыз біз үшін өте маңызды.

ҚОСЫМША Г

mAbs және рекомбинантты ақуыздарды қолданумен байланысты РА фармакотерапиясының жаңа бағыттары

ПРЕПАРАТТАР	МЕХАНИЗМ	НӘТИЖЕЛЕР	ТҮСІНІКТЕМЕ
TNFα ингибиторлары			
mAb TNF α :			
–инфликсимаб –голимумаб –адалимумаб –цертолизумаб	TFNOR және itmTFNOR үшін TNF байланыстыруды блоктау	Регистрация	Жоғары тиімділік, жағымсыз реакциялардың даму қаупі. Ps, PsA, AS, JRA емдеу үшін тіркелген (инфликсимабтан басқа), ішектің қабыну ауруы
rTNF/TNF-1 блоктау: - басым теріс мутацияланған TNF (XENP345 және XPro1595) – TNF1 селективті мутацияланған антагонисті (R1antTNF) – TNFR1-ге тән mAbs (ATROSAB, MDS5541, TROS)	Туған жермен өзара әрекеттесу рецепторларды байланыстыру қабілеті төмендеген белсенді гетеродимер түзу үшін еритін TNF және сигнал беру қабілеті TNFR1-ге сигналсыз селективті қосылу Белсенді емес күйде TNF-1 конформациясын сақтау TNF-де антидене синтезінің индукциясы	Эксперименталды артрит	Инфекциялар тәуекелді азайту
ИЛ6 Ингибиторлары			
мАТ к ИЛ6Р:	mIL6R және	Регистрация: РА,	Мүмкін

– тоцилизумаб -сарилумаб -NI-1201 -ALX-0061	rIL6R блоктау	ЮРА, ГКА	байланысты жағымсыз реакциялар IL6 сигнализациясыны ң «жаһандық» басылуымен
МАТ к ИЛ6: - олокизумаб - клазакизумаб - серукумаб - силтуксимаб IL12/23 тежегіштері	IL6 блоктау		
- устекинумаб(Stelara) -бриакинумаб (Ozespa)	Блоктау IL12 және IL23	РРСТ II кезең: әсері жоқ	Тиімді Ps және PsA үшін



ЕНГІЗУ АКТІСІ

Енгізу үшін ұсыныстың атауы: Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді оңтайландыруға бағытталған практикалық ұсынымдар

Авторлары: Адалбек Б, Асильбаева Д.А, Тойшубекова Н.С.

Енгізу формасы: Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді оңтайландыру бойынша ұсыныстар

Енгізу орыны: «№4 қалалық емхана».

Мәні: «Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді талдау (Астана қаласы мысалында)» тақырыбындағы диссертациялық зерттеу аясында ревматоидты артриті бар пациенттерді дәрілік заттармен қамтамасыз етудің қолжетімділігі мен тиімділігіне кешенді талдау жүргізілді. Зерттеуде ҚР-ның мемлекеттік дәрілік заттар тізілімінің талдау нәтижелері және ревматоидты артритпен ауыратын науқастар арасында жүргізілген социологиялық сауалнама деректері пайдаланылды. Бұл деректер препараттарға қолжетімділік деңгейін, пациенттердің қанағаттануын және емдеуге бейімділігін бағалауға мүмкіндік берді. Жұмыс нәтижелері емдеу сапасын арттыру, ресурстарды оңтайлы бөлу және дәрілік қамтамасыз ету жүйесін жетілдіру үшін пайдалануға болады.

Қолдану саласы: Зерттеу нәтижелерін енгізу ревматологиялық кабинеттерде, емханалар мен амбулаторияларда, әлеуметтік-медициналық қызметтерде, дәрілік қамтамасыз ету бөлімшелерінде және фармацевтикалық қызмет көрсету жүйесінде тиімді пайдалануға мүмкіндік береді, бұл ревматоидты артритпен ауыратын науқастарға көрсетілетін кешенді көмекті жетілдіруге ықпал етеді.

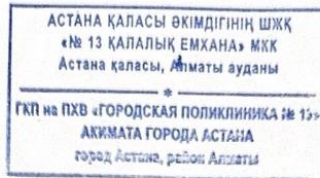
Енгізу тиімділігі: Науқастардың емге деген бейімділігін арттыру, емдеу сапасын жақсарту және мүгедектік көрсеткішін төмендету. Сонымен қатар, ақпараттық-түсіндіру жүйесін жетілдіру арқылы дәрігерлер мен пациенттер арасындағы өзара байланысты нығайту, медициналық сауаттылықты арттыру және фармацевтикалық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету мүмкіндігі туады.

Зерттеу нәтижелерін енгізетін мекеменің ұсыныстары мен ескертпелері:

Енгізу мерзімі: *сәуір-мамыр 2025*

Енгізуге жауапты:

Бөлімнің меңгерушісі Г. Аширова



«Енгіземін»
Астана қаласы
«№13 қалалық емхана»
Директоры
Жамалова Д.А.
«___» _____ 2025 жыл

ЕНГІЗУ АКТІСІ

Енгізу үшін ұсыныстың атауы: Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді оңтайландыруға бағытталған практикалық ұсынымдар.

Авторлары: Адалбек Б, Асылбаева Д.А, Тойшубекова Н.С.

Енгізу формасы: Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді оңтайландыру бойынша ұсыныстар.

Енгізу орыны: «№13 қалалық емхана»

Мәні: «Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді талдау (Астана қаласы мысалында)» тақырыбындағы диссертациялық зерттеу аясында ревматоидты артриті бар пациенттерді дәрілік заттармен қамтамасыз етудің қолжетімділігі мен тиімділігіне кешенді талдау жүргізілді. Зерттеуде ҚР-ның мемлекеттік дәрілік заттар тізілімінің талдау нәтижелері және ревматоидты артритпен ауыратын науқастар арасында жүргізілген социологиялық сауалнама деректері пайдаланылды. Бұл деректер препараттарға қолжетімділік деңгейін, пациенттердің қанағаттануын және емдеуге бейімділігін бағалауға мүмкіндік берді. Жұмыс нәтижелері емдеу сапасын арттыру, ресурстарды оңтайлы бөлу және дәрілік қамтамасыз ету жүйесін жетілдіру үшін пайдалануға болады.

Қолдану саласы: Зерттеу нәтижелерін енгізу ревматологиялық кабинеттерде, емханалар мен амбулаторияларда, әлеуметтік-медициналық қызметтерде, дәрілік қамтамасыз ету бөлімшелерінде және фармацевтикалық қызмет көрсету жүйесінде тиімді пайдалануға мүмкіндік береді, бұл ревматоидты артритпен ауыратын науқастарға көрсетілетін кешенді көмекті жетілдіруге ықпал етеді.

Енгізу тиімділігі: Науқастардың емге деген бейімділігін арттыру, емдеу сапасын жақсарту және мүгедектік көрсеткішін төмендету. Сонымен қатар, ақпараттық-түсіндіру жүйесін жетілдіру арқылы дәрігерлер мен пациенттер арасындағы өзара байланысты нығайту, медициналық сауаттылықты арттыру және фармацевтикалық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету мүмкіндігін тудыру.

Зерттеу нәтижелерін енгізетін мекеменің ұсыныстары мен ескертпелері: жоқ

Енгізу мерзімі: наурыз - сәуір 2025.

Енгізуге жауапты:

Бөлімнің меңгерушісі