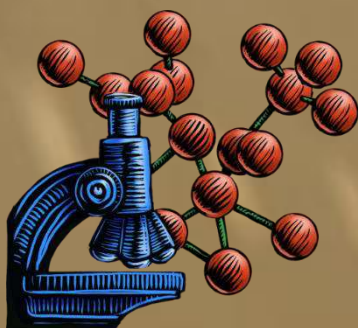


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗВО «РІВНЕНСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ» РОР
СІЛЕЗЬКА АКАДЕМІЯ (ПОЛЬЩА)
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. ВОЛОДИМИРА ГНАТЮКА

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
V Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю

«Пріоритетні напрями досліджень у
науковій та освітній діяльності:
проблеми та перспективи»

23 – 24 жовтня 2025 року



РІВНЕ 2025

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЙ ЛІКУВАННЯ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Парченко Марина Вікторівна

аспірант кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Бушуєва Інна Володимирівна

доктор фармацевтичних наук, професор, завідувачка кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Рак передміхурової залози (РПЗ) залишається одним із найбільш поширених злоякісних новоутворень серед чоловіків, демонструючи значну гетерогенність клінічних проявів та траєкторій перебігу. Сучасний арсенал терапевтичних опцій для лікування РПЗ є надзвичайно широким — від активного спостереження (Active Surveillance, AS) при локалізованих формах низького ризику до застосування високотехнологічних хірургічних методик (робот-асистована простатектомія тощо), інноваційної радіотерапії та системної терапії із залученням нових антиандрогенів (наприклад, ензалутамід, абіратерон та ін.) та хіміотерапевтичних агентів [1, с. 495].

Стрімке впровадження новітніх терапевтичних агентів, які демонструють клінічно значуще подовження загальної виживаності (Overall Survival, OS) та виживаності без прогресування (Progression-Free Survival, PFS), неминуче призводить до значного зростання прямих медичних витрат. Це створює суттєве фінансове навантаження на системи охорони здоров'я та індивідуальних платників, актуалізуючи необхідність застосування фармакоекономічних підходів для обґрунтування раціонального розподілу обмежених ресурсів. Метою фармакоекономічного аналізу є не лише оцінка економічної ефективності, але й забезпечення оптимального співвідношення між клінічною користю, якістю життя пацієнтів та вартістю лікування [2, с. 914].

Фармакоекономічні дослідження в онкоурології базуються на порівняльному аналізі витрат і результатів медичних втручань. Основними методами, що використовуються для оцінки стратегій лікування РПЗ, є:

1. Аналіз «Вартість–Корисність» (Cost-Utility Analysis, CUA). Цей метод є ключовим в онкології, оскільки дозволяє інтегрувати як кількісний, так і якісний аспекти результатів лікування. Ефективність вимірюється в роках життя, скоригованих на якість (Quality-Adjusted Life Years, QALYs). QALYs враховують не лише тривалість життя, але й якість, пов'язану зі станом здоров'я (Health-Related Quality of Life, HRQoL), що особливо важливо при лікуванні РПЗ через високу частоту побічних ефектів (еректильна дисфункція, нетримання сечі, гормональні порушення).

- Інкрементальний показник «вартість–корисність» (Incremental Cost-Utility Ratio, ICUR), який відображає додаткові витрати, необхідні для отримання одного додаткового QALY.

2. Аналіз «Вартість–Ефективність» (Cost-Effectiveness Analysis, CEA) використовується для порівняння витрат та ефективності, вимірної у природних клінічних одиницях (наприклад, місяці без прогресування, відсоток біохімічного рецидиву). CEA часто застосовується для оцінки локальних методів лікування.

3. Через хронічний та прогресуючий характер РПЗ, більшість фармакоекономічних досліджень використовують моделі Маркова. Ці моделі симулюють перехід пацієнтів між різними дискретними станами здоров'я (наприклад, локалізована хвороба, метастатична гормоночутлива хвороба, кастраційно-резистентна хвороба, смерть) протягом визначеного часового горизонту, дозволяючи оцінити кумулятивні витрати та QALYs.

При локалізованому РПЗ низького ризику фармакоекономічні дослідження односпайно підтверджують, що Активне Спостереження (AS) є найбільш вартісно-ефективною початковою стратегією. AS дозволяє значній частині пацієнтів уникнути або відкласти радикальне лікування, заощаджуючи прямі медичні витрати та запобігаючи зниженню HRQoL, пов'язаному з лікувальними інтервенціями.

При локалізованому РПЗ середнього та високого ризику порівняння радикальної простатектомії (РПЕ) та променевої терапії (ПТ) часто показує, що обидва методи мають порівнянну довгострокову клінічну ефективність (OS та раково-специфічна виживаність). Проте, їхня вартість та вплив на QALYs відрізняються: високими початковими інвестиційними та операційними витратами; розподіленням витрат протягом тривалого курсу; потенційно вищими довгостроковими витратами на лікування ускладнень (наприклад, ректальні або урологічні) тощо.

Фармакоекономічний вибір на цій стадії є високоіндивідуалізованим і залежить від локальних цін та готовності системи охорони здоров'я платити за уникнення певних побічних ефектів.

В епоху комбінованої терапії лікування мГЧРПЗ (метастатичний гормоночутливий рак передміхурової залози) вийшло за межі монотерапії андрогенною деприваційною терапією (АДТ). Додавання доцетакселу або нових антиандрогенів (НП), таких як абіратерон, ензалутамід чи апалутамід, стало новим стандартом.

Нові препарати значно підвищують OS, але є надзвичайно дорогими. Аналіз ICUR показав, що у багатьох випадках ICUR для цих комбінацій (АДТ + НП) перевищує традиційно прийняті порогові значення вартісної ефективності (наприклад, 50,000 \$–100,000 \$ за QALY).

Фармакоекономіка допомагає визначити найбільш економічно доцільну комбінацію для різних підгруп пацієнтів (наприклад, високий об'єм/низький об'єм метастазів). Незважаючи на високу вартість, НП можуть бути визнані вартісно-виправданими у контексті суспільства, якщо вони значно збільшують продуктивні роки життя (знижуючи непрямі витрати) та QALYs.

Лікування КРРПЗ (кастраційно-резистентний РПЗ) — це найвитратніша фаза хвороби, що включає послідовне застосування ензалутаміду, абіратерону, доцетакселу, кабазитакселу, радію-223 та імунотерапії.

Фармакоекономічні моделі використовуються для порівняння різних послідовностей терапії, оскільки ефективність препаратів у другій і третій лінії залежить від попереднього лікування. Наприклад, порівняння послідовностей (Хіміотерапія → НП) проти (НП → Хіміотерапія) дозволяє визначити найбільш вартісно-ефективний алгоритм.

Порівняння НП у 2-й лінії: CUA часто проводиться для порівняння ензалутаміду, абіратерону та кабазитакселу у постідоцетаксельній фазі. Результати можуть суттєво відрізнятись залежно від перспективи аналізу (перспектива платника чи суспільства), цін на препарати та кількості необхідного моніторингу/підтримуючої терапії.

Фармакоекономічні підходи є незамінним інструментом для прийняття обґрунтованих рішень в управлінні РПЗ. Вони забезпечують перехід від фокусу виключно на клінічній ефективності до оцінки справжньої цінності лікування у контексті обмежених бюджетних ресурсів.

Отже, запровадження обов'язкової Оцінки Медичних Технологій (НТА) для всіх нових терапевтичних агентів для РПЗ на національному рівні з метою визначення їхнього ICUR та обґрунтування політики реімбурсації; використання QALYs як основного інтегрального показника для оцінки терапевтичної користі, що дозволяє коректно врахувати довгострокові ускладнення та вплив на якість життя; заохочення до використання Активного Спостереження для пацієнтів низького ризику як найбільш економічно доцільної стратегії, що мінімізує медичні витрати та зберігає HRQoL; розвиток та використання локалізованих фармакоекономічних моделей для оцінки оптимальної послідовності застосування високозатратних препаратів при КРРПЗ, що є критичним для максимізації клінічної користі в межах бюджетних обмежень є ключовими етапами.

Таким чином, інтеграція фармакоекономіки в клінічні рекомендації дозволить досягти оптимального балансу між забезпеченням доступу пацієнтів до інноваційного лікування та фінансовою стійкістю системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Mohler J.L., Antonarakis E.S., Armstrong A.J., D'Amico A.V., Davis B.J., Dorff T., Eastham J.A., Enke C.A., Farrington T.A., Higano C.S., et al. Prostate Cancer, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J. Natl. Compr. Cancer Netw.* 2019;17:479–505. doi: 10.6004/jnccn.2019.0023.
2. Sathianathan N.J., Konety B.R., Alarid-Escudero F., Lawrentschuk N., Bolton D.M., Kuntz K.M. Cost-Effectiveness Analysis of Active Surveillance Strategies for Men with Low-Risk Prostate Cancer. *Eur. Urol.* 2019;75:910–917. doi: 10.1016/j.eururo.2018.10.055.

Мазурок Р., Федорчук К.	211-212
Маланчин І., Мартинюк В.	213-214
Мартинюк Ю., Бегаль А.	215-220
Мартинюк В., Маланчин І.	221-222
Мельник О., Кравчинська Л.	223-226
Мещеряков В., Турчинова К.	227-228
Мінакова А., Цимбал С.	229-233
Миндзів К., Верещагіна Н., Гевко У.	234-236
Миронець А., Піддубна Л.	237-239
Молнар Є.	240-241
Мороз Л., Третьякова А.	242-243
Москалюк Н., Полянська Х., Герасим Я., Семенюк А.	244-246
Мірошниченко І.	247-248
Музя В., Рижковський В.	249- 251
Новікова О., Стецюк Р., Пянтковська Н., Яремова С.	252-253
Оглобліна М.	254-255
Озерянська Л., Атаманчук С.	256-258
Островський О.	259-261
Пархоменко І.	262-264
Парченко М., Бушуєва І.	265-267
Переходько П.	268-269
Переходько Н., Артеменко Л., Демянчук М., Ліннік Ю.	270-272
Петрович О.	273-277
Петрук Н., Гоцуляк В., Гапченко О.	278-281
Петрушак І., Цимбал С.	282-286
Притула Р.	287-290
Пшенко Я., Маркович О.	291-292
Резніков А.	293-295
Роднічук Я.	296-298
Роман Л., Криванич О.	299-302
Рябоконь Є.	303-306
Савіцька В.	307-309
Скворчевська Є.	310-311