

Сравнительное экономическое исследование терапии Рисполептом Конста и традиционной нейролептической терапии у больных параноидной шизофренией в процессе длительного амбулаторного лечения (часть 2)

Ю.В. Ушаков, докт. мед. наук, Москва

РЕЗЮМЕ

В работе представлены данные сравнительного экономического трёхлетнего исследования терапии 40 больных параноидной шизофренией традиционными нейролептиками и пролонгированной формой рисперидона (Рисполепт Конста) в условиях амбулаторного лечения на базе психоневрологического диспансера № 21 (главный врач – Л.А. Бурыгина). В данной работе оценивались средние годовые прямые и косвенные затраты на 1 пациента во время ретроспективного периода терапии традиционными нейролептиками по сравнению с аналогичными затратами проспективного периода лечения пролонгированной формой рисперидона (Рисполепт Конста) у одних и тех же больных. Результаты исследования показали, что лечение пролонгированной формой рисперидона (Рисполепт Конста) целесообразно проводить как у работающих, так и у неработающих пациентов. Учитывая заметное преимущество во влиянии на динамику клинических, социальных и экономических показателей при длительном лечении параноидной шизофрении в амбулаторных условиях, предпочтение должно отдаваться пролонгированной форме рисперидона (Рисполепт Конста) в сравнении с традиционными нейролептическими средствами.

В отличие от зарубежных стран, в нашей стране значительное большинство пациентов с шизофренией получает терапию типичными нейролептиками. Только 10 % пациентов получают атипичные препараты, на которые приходится до 25 % медицинских затрат [1]. В этих условиях особенно остро стоит задача рационального использования ограниченного фармацевтического бюджета, которая эффективно решается путём включения в формуляры психиатрического лечебного учреждения препаратов с доказанным ресурсосберегающим потенциалом, а также путём последовательного вытеснения небезопасных и неэффективных, хотя и более дешевых препаратов. Рациональная, основанная на научных доказательствах психофармакотерапия определяет выбор антипсихотика с наилучшим соотношением затраты–эффективность (по клиническим и/или социальным исходам). Наилучший клинический и экономический эффект терапии наблюдается при правильном назначении препарата пациенту в соответствии с данными анамнеза и особенностями клинических проявлений болезни. В данном случае система

здравоохранения, в частности, и государство, в целом, получают максимальную выгоду за дополнительно затраченные средства не только в краткосрочной, но и в долгосрочной перспективе, поэтому назначение более дорогостоящего препарата следует считать целесообразным.

Многочисленные положительные отзывы о клинических преимуществах пролонгированной формы рисперидона (Рисполепт Конста), с одной стороны, и его высокая стоимость, с другой стороны, явились причиной проведения анализа целесообразности применения этого препарата по сравнению с традиционными нейролептиками у больных параноидной шизофренией в процессе длительного амбулаторного лечения.

Критериями отбора пациентов для участия в данном исследовании являлись наличие у них верифицированного диагноза параноидной шизофрении в соответствии с МКБ-10 и частых развёрнутых, психотического уровня обострений (аффективно-параноидной, параноидной, галлюцинаторно-параноидной, кататонно-параноидной структуры). В исследование не включались больные с тяжёлыми органическими заболеваниями ЦНС; острыми и хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения; больные пенсионного возраста; больные с выраженным дефектом и грубым интеллектуальным снижением.

РАСЧЁТ ЗАТРАТ

В исследовании оценивались средние затраты на 1 пациента в течение года при терапии типичными нейролептиками и Рисполептом Конста (РК) в ретроспективном и проспективном периодах соответственно с учётом прямых и косвенных затрат [2].

Прямые затраты на содержание 1 больного (С) [3] за указанный период складывались из затрат на стационарное лечение – С1; затрат на амбулаторное лечение – С2*; стоимости лекарственной терапии (по закупочным ценам препаратов, предоставляемых диспансеру) – С3. Таким образом, фактические прямые затраты на содержание одного больного можно определить по формуле:

$$C_i = C1_i + C2_i + C3_i.$$

Для получения итоговых прямых затрат на всю изучаемую группу больных эти данные суммировались:

$$C = \sum_{i=1}^n (C1_i + C2_i + C3_i),$$

где n – количество пациентов в группе наблюдения.

*Величина одного койко-дня полагалась равной 370 рублей в психиатрической больнице, в дневном стационаре – 140 рублей. Данные о стоимости медицинских услуг получены усреднением тарифов ОМС за 2004 год в более чем в 25 регионах РФ. Данные о стоимости медицинских услуг амбулаторного визита к психиатру – 70 рублей. Ежегодный рост расценок предполагался равным 16 %.

Таблица 1. Средние суммарные затраты в год (в руб.) на 1 работающего пациента		
Затраты	Типичные нейролептики	Пролонгированный рисперидон
Стоимость лекарственных средств	10 187	164 333
Стоимость амбулаторного лечения	3 335	3 725
Стоимость лечения в стационаре	18 697	4 684
Средние прямые затраты	32 219	172 742
Величина невыработанного общественного продукта вследствие госпитализаций	138 046	34 586
Величина национального дохода за период работы	-303 169	-406 629
Средние не прямые затраты	-165 123	-372 043
Итоговые затраты	-132 904	-199 301

Далее рассчитывались средние прямые затраты на 1 пациента по формуле:

C̄ = C / n

Для неработающих пациентов, имеющих инвалидность, не прямые затраты состояли из затрат на социальные выплаты пособий по инвалидности и затрат, связанных с невыработанным общественным продуктом** за год вследствие болезни.

Для работающих пациентов рассчитывались затраты, связанные с невыработанным общественным продуктом по причине госпитализации пациента. Также рассчитывался доход вследствие трудовой деятельности этих пациентов в течение года, за исключением времени госпитализации. Величина этого дохода вычиталась из общей суммы затрат для данной группы.

В анализе учитывались пациенты трудоспособного возраста – мужчины до 60 лет и женщины до 55 лет, то есть исключались больные пенсионного возраста.

Суммарные затраты складывались из прямых и не прямых затрат и рассчитывались для ретроспективного периода терапии традиционными нейролептиками и проспективного периода лечения пролонгированной формой рисперидона (РК) пациентов отдельно для каждой группы (работающих и неработающих). При этом из расчёта исключались пациенты (15 человек, 37,5 %), прекратившие участие в исследовании по разным причинам. Подробное описание дизайна исследования, демографические и социальные характеристики пациентов, клинические результаты, а также анализ причин прекращения терапии пролонгированной формой рисперидона (РК) приведены в статье, опубликованной в журнале «Современная терапия психических расстройств», № 1 2009.

Важно отметить, что результатом лечения больных параноидной шизофренией в активном периоде течения заболевания пролонгированным рисперидоном являлось клиническое улучшение состояния и отчётливое уменьшение тяжести симптомов шизофрении на протяжении трёхлетнего исследо-

вания. Клиническая эффективность пролонгированной формы рисперидона (РК), оцениваемая по изменению показателей средних баллов психометрических шкал у исследуемых пациентов, непрерывно улучшалась в исследуемой группе больных в проспективный период.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЗАТРАТ

Анализ затрат проводился в двух группах пациентов: среди работающих и неработающих больных, что обусловлено различным вкладом этих групп в выработку ВВП. В таблице 1 приведены средние суммарные затраты на одного работающего пациента в период терапии традиционными нейролептиками и пролонгированной формой рисперидона.

Как видно из таблицы 1, средние прямые затраты в группе работающих пациентов были значительно выше при применении пролонгированного рисперидона по сравнению с терапией типичными нейролептиками. При этом в период лечения пролонгированной формой рисперидона (РК) наблюдалось существенное сокращение затрат в стационарном звене, которое, тем не менее, не компенсировало разницы в стоимости лекарственной терапии. Однако вследствие своей трудовой деятельности данные пациенты заработали национальный доход, который компенсировал прямые затраты и косвенные затраты, связанные с потерей невыработанного национального продукта. Величина этого дохода была значимо выше при терапии пациентов пролонгированным рисперидоном вследствие существенного сокращения частоты и длительности госпитализаций по сравнению с периодом терапии традиционными нейролептиками.

В таблице 2 приведены данные о средних суммарных затратах на 1 неработающего пациента.

Как видно из таблицы 2, в группе неработающих пациентов наблюдались существенные суммарные затраты как при терапии традиционными нейролептиками, так и при терапии пролонгированной формой рисперидона (РК), главным образом обусловленные значительным вкладом не прямых затрат. Учитывая сопоставимый уровень суммарных затрат

Таблица 2. Средние суммарные затраты в год (в руб.) на 1 неработающего пациента		
Затраты	Типичные нейролептики	Пролонгированный рисперидон
Стоимость лекарственных средств	7 573	207 085
Стоимость амбулаторного лечения	2 032	3 198
Стоимость лечения в стационаре	80 573	11 153
Средние прямые затраты	90 178	221 435
Величина невыработанного национального дохода вследствие инвалидности	441 215	441 215
Социальные выплаты по инвалидности	80 400	80 400
Средние не прямые затраты	521 615	521 615
Итоговые затраты	611 793	743 050

**Одним работающим в год производится национальный доход в среднем 441 214 рублей (Федеральная Служба государственной статистики РФ за 2007 год).

ретроспективного и проспективного периодов, а также значительные клинические преимущества пролонгированной формы рисперидона (РК), можно сделать вывод, что дополнительные затраты на данный препарат являются оправданными.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты продолжительного трёхлетнего сравнительного клинко-экономического исследования продемонстрировали значимое преимущество лечения параноидной шизофрении в амбулаторных условиях пролонгированной формой рисперидона (РК), в сравнении с традиционными нейролептиками по многим изучаемым показателям как клиническим, так и социальным, и психометрическим.

Исследования, касающиеся экономических аспектов применения пролонгированной формы рисперидона (РК), особенно проспективные и длительные, крайне редки. Так, некоторыми исследователями [4] была проверена гипотеза о том, может ли улучшенный комплаенс при использовании пролонгированной формы рисперидона (РК) не только обеспечивать более эффективное лечение, но и снизить финансовые затраты на терапию больных шизофренией по сравнению с галоперидолом-деканоем и пероральным оланзапином. В итоге расчёта фармакоэкономических показателей за 2-летний период исследования было установлено, что средние затраты на пациентов, получавших пролонгированную форму рисперидона (РК), действительно оказались наименьшими по сравнению с группой, получавшей терапию пероральным оланзапином и галоперидолом-деканоем. Однако не стоит забывать, что зарубежные фармакоэкономические исследования проводятся в условиях системы здравоохранения, имеющей свою специфику (стоимость медицинских услуг, особенности обеспечения лекарственными средствами, уровень доходов населения и т. д.), существенно отличающуюся от российской. Несомненно одно – решение о необходимости применения того или иного лекарственного средства должно приниматься, исходя не только из его стоимости, но также учитывая дополнительные факторы, определяемые клиническими, социальными и экономическими результатами терапии данным препаратом в сравнении с существующими методами лечения.

Данные приведённого длительного сравнительного клинко-экономического исследования у больных параноидной шизофренией в активный период течения заболевания, показали, что лечение пролонгированной формой рисперидона (РК) у работающих больных однозначно экономически рентабельно. Средние суммарные затраты в год на одного больного из группы работающих больных, лечившихся пролонгированной формой рисперидона (РК) и закончивших исследование, полностью покрывались выработанным ими национальным общественным продуктом (что является критерием целесообразности затрат во многих развитых странах) и были ниже по сравнению с традиционными нейролептиками. Средние суммарные затраты в год на одного больного из группы неработающих больных были значительными как при лечении традиционными нейролептиками, так и при терапии пролонгированной формой рисперидона (РК), что в основном было обусловлено высокими непрямыми затратами. Учитывая существенно более высокую клиническую эффективность лечения пролонгированной формой рисперидона (РК) и значительное снижение частоты и продолжительности госпитализаций при терапии этим препаратом, предпочтение должно отдаваться пролонгированной форме рисперидона (РК), обладающей хорошим терапевтическим потенциалом, улучшающей когнитивные функции и критичность пациентов в сравнении с традиционными нейролептическими средствами.

Литература

1. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство. Мед-практика-М, М.: 2007; 260.
2. Лунская Л.А., Витухин С. Д., Случевский И.И. С соавт. Временные методические рекомендации по оценке социальной и экономической эффективности сотрудничества с Всемирной организацией здравоохранения. М.: 1986; НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко.
3. Любов Е. Б., Чапурин С. А., Чурилин Ю.Ю., Фармоэкономическая модель антирецидивного лечения сероквелом, рисполептом и зипрексой пациентов в первом эпизоде шизофрении //Психиатрия и психофармакотерапия. 2005; 4.
4. Llorca P. M., Jasso – Mosqueda J. G. Long – acting risperidone injection in patients with oral olanzapine and haloperidol decanoate: results of a cost – effectiveness model. Abstracts at the 16-th ECNP, 20–24 September 2003; Prague.