

Московский НИИ психиатрии

Е.Б. Любов

**Научно-доказательный выбор в
психофармакотерапии:**

**фармакоэпидемиологическое и
фармакоэкономическое обоснование**

«Экономия не в сбережении, но в отборе»

Э. Берк

**Санкт Петербург
27 октября 2011**

Стоимостное бремя шизофрении (руб.1998)

Москва	Россия
Медицинские затраты (млн. руб., 2002г).	
151	1100
Социальные затраты (млн. руб.).	
1070	3880
Суммарное бремя шизофрении (млн. руб.).	
1221	4980

Стоимостной анализ шизофрении в Ставропольском крае (И.А. Былим, дисс. 2011)

- Клинически не обоснованы госпитализации 30% горожан и 45% селян
- Длительность эпизода лечения завышена на 30-40%
- «Социальные» госпитализации у 15% горожан и 5% селян.

Суммарное бремя шизофрении - 0,26% ВРП

Социальные издержки. 98% затрат приходится на инвалидов работоспособного возраста

- Затраты на фармакотерапию не более **10%** медицинских издержек
- До **80%** потерь - больничное лечение
- Средние затраты на стабилизированного пациента 12,5 тыс. руб., в дневном стационаре – в 1,5 раза, в больнице вдвое больше

Стоимостной анализ депрессивных расстройств в психиатрической службе (руб. 2009)

Суммарные **медицинские затраты**

0,007% валового внутреннего продукта

0,3% консолидированного бюджета
здравоохранения и физической культуры
страны

Выбор фармакотерапии (STEPs)

- Безопасность и переносимость (долговременный прогноз): учет **приемлемости побочных действий** для данного пациента
- Клиническая эффективность (острое, поддерживающее лечение): не менее трети больных шизофренией принимают лекарства пожизненно
- Затраты

Оптимизация фармацевтического бюджета

**СОБЛЮДЕНИЕ
РЕЖИМА фармакоТЕРАПИИ**

НАЗНАЧЕНИЕ «правильного препарата правильному пациенту»

позволяет выявить ресурсосберегающий эффект
лечения
в наибольшей мере
при минимальных дополнительных затратах

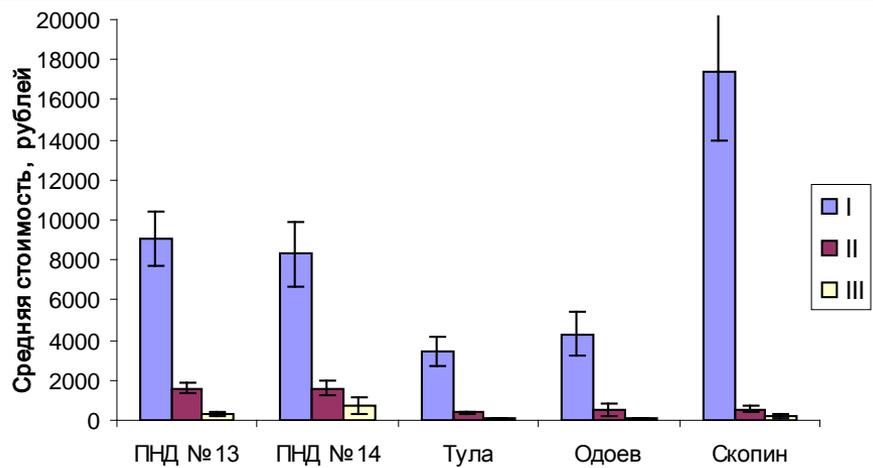
Безопасность

Клиническая эффективность

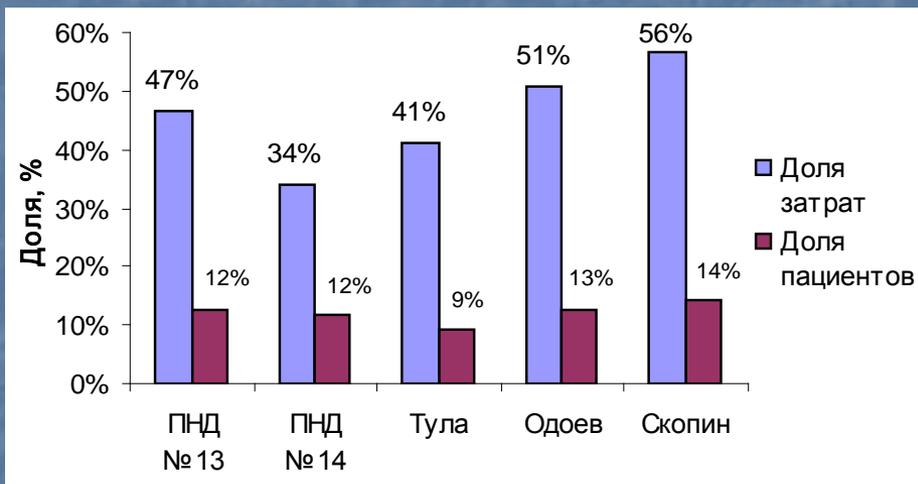
Группы пациентов с сочетанными клиническими и социальными проблемами

- Часто госпитализированные (10%) - средние затраты в 10 раз выше, чем на стабилизированных
- Некомплаентные (до 60% первой группы; 65% среди охваченных терапией за год) дороже в 2,5 раза ремиттированных
- Одинокие (15%), избегающие в 80% случаев лечения, их амбулаторная терапия в 1,5 раз дешевле усредненного больного, но на первых приходится >80% **социальных госпитализаций**
- Пациенты с диагнозом шизофрении < 5 лет (15%), мало отличны по лечению и затратам от большинства пациентов **но требуют нетипового подхода**

Стоимостная неоднородность больных шизофренией



Различия средних затрат на больного в выделенных группах пациентов



Доля часто госпитализируемых больных в популяции получающих лечение больных шизофренией и затраты на их лечение

«Ранняя» шизофрения – первые 5 лет после верификации диагноза (до 1/3 пациентов ПНД)

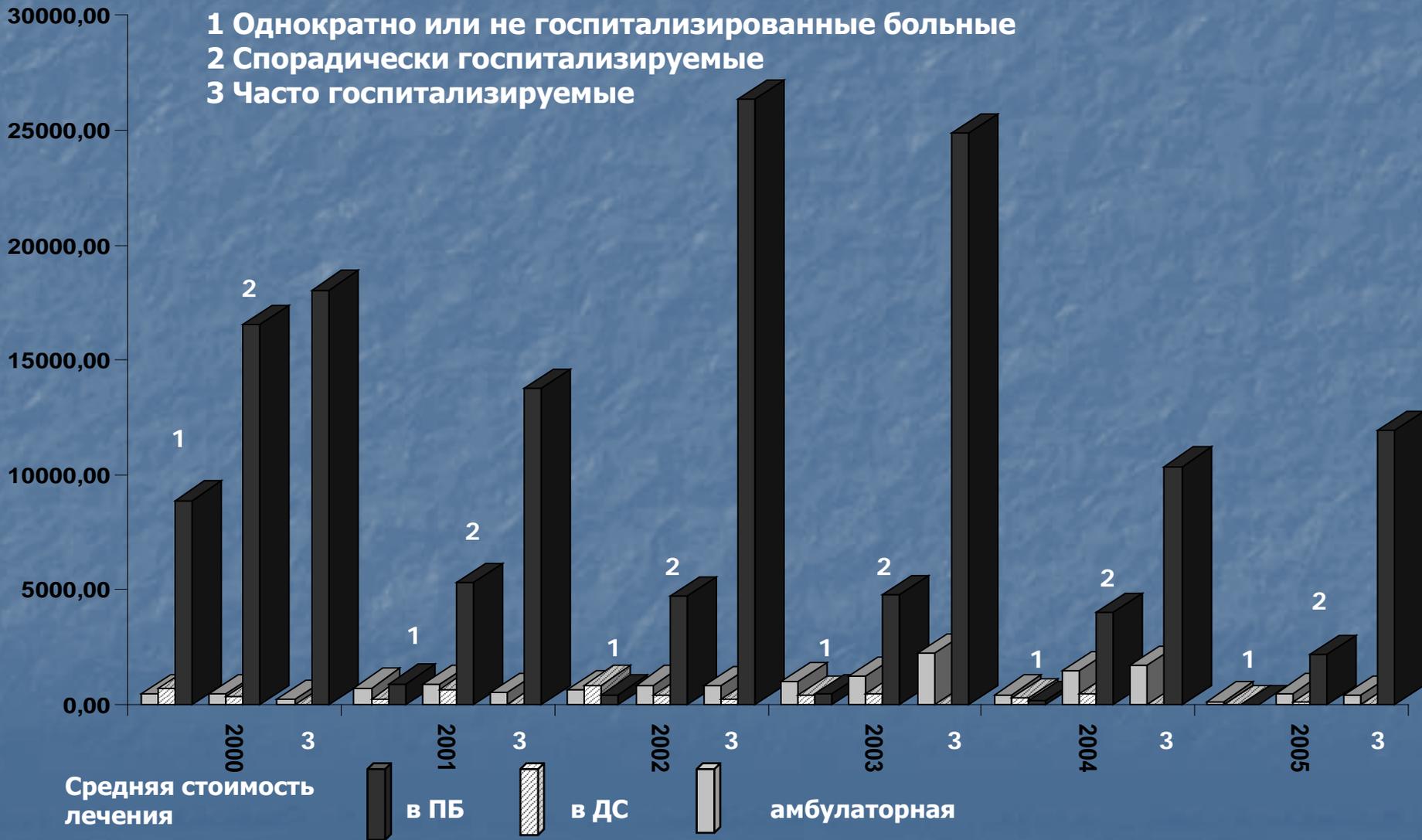
- У 70% пациентов после первого приступа шизофрении отмечены негативные проявления, нарастающие в >1/3 случаев после повторных приступов (обострений)
- У 10–15% пациентов изначально выявлен дефицитарный синдром. Такие больные отличаются худшим функционированием (И.А. Былим, дисс локт 2011)

- Низкая выявляемость расстройства и отсрочка адекватного лечения
- Высокий риск (до 80%) рецидивирования, последующих регоспитализаций и хронификации процесса в первые 5 лет верификации процесса
- Большая доля (> 60%) некомплаентных пациентов
- Низкая (неизвестная) переносимость психофармакотерапии
- Первичная инвалидизация (>40% в первые годы наблюдения), самостигматизация пациента и его ближайшего окружения
- Повышенный (на 5-10%) суицидальный риск (vs. хронические больные)

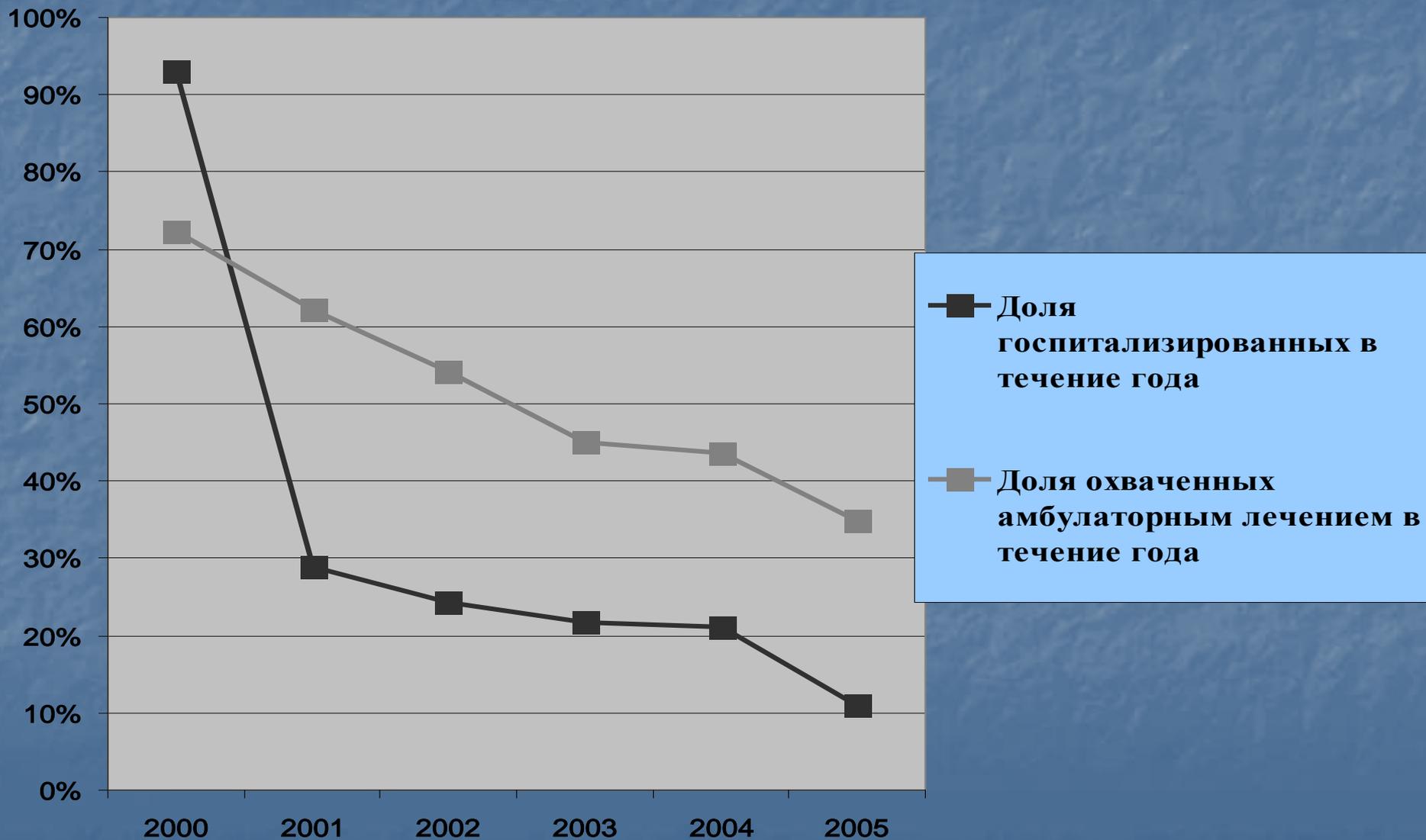
Стоимостная неоднородность медицинских затрат в первые 5 лет наблюдения

Рубли, 2002 год

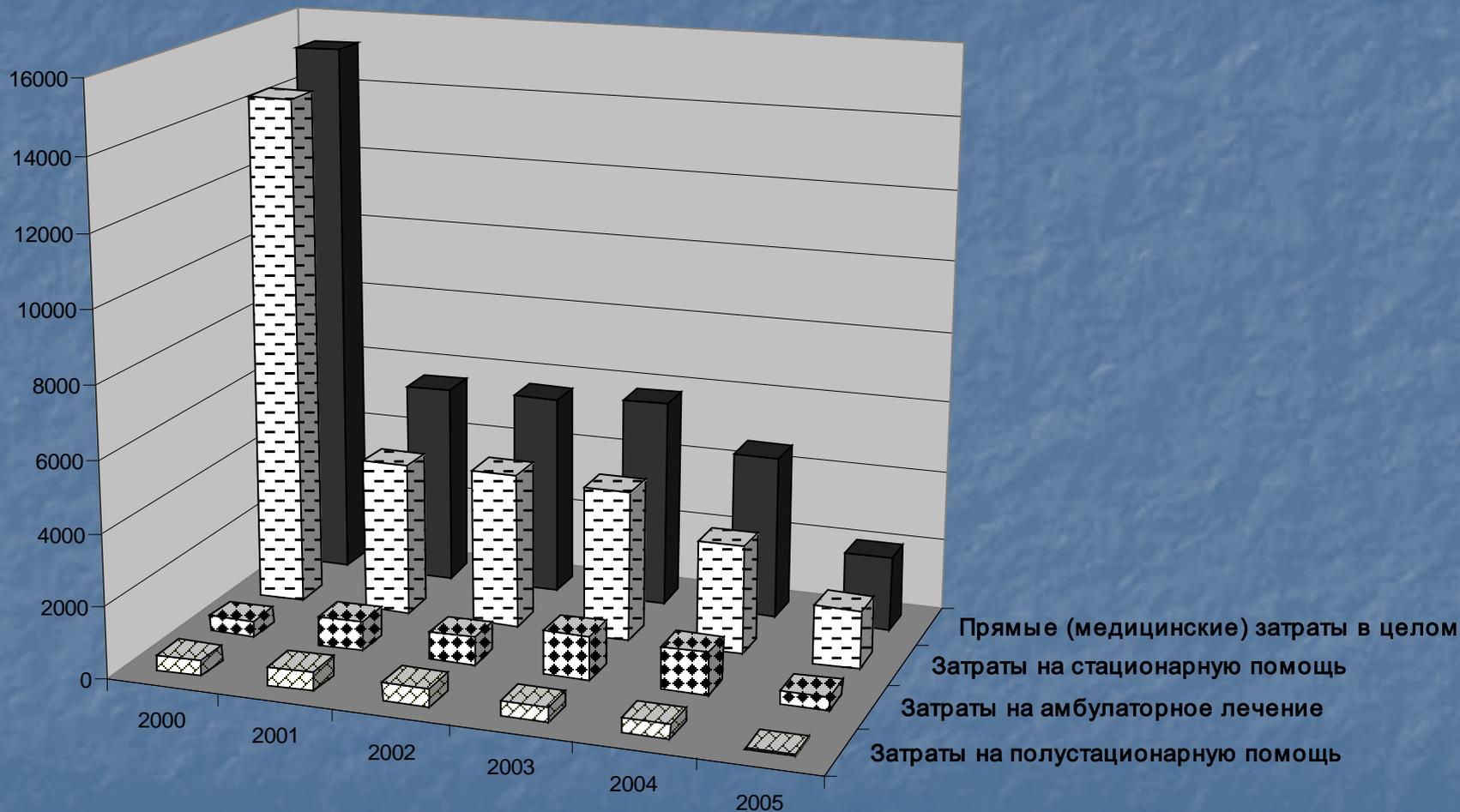
- 1 Однократно или не госпитализированные больные
- 2 Спорадически госпитализируемые
- 3 Часто госпитализируемые



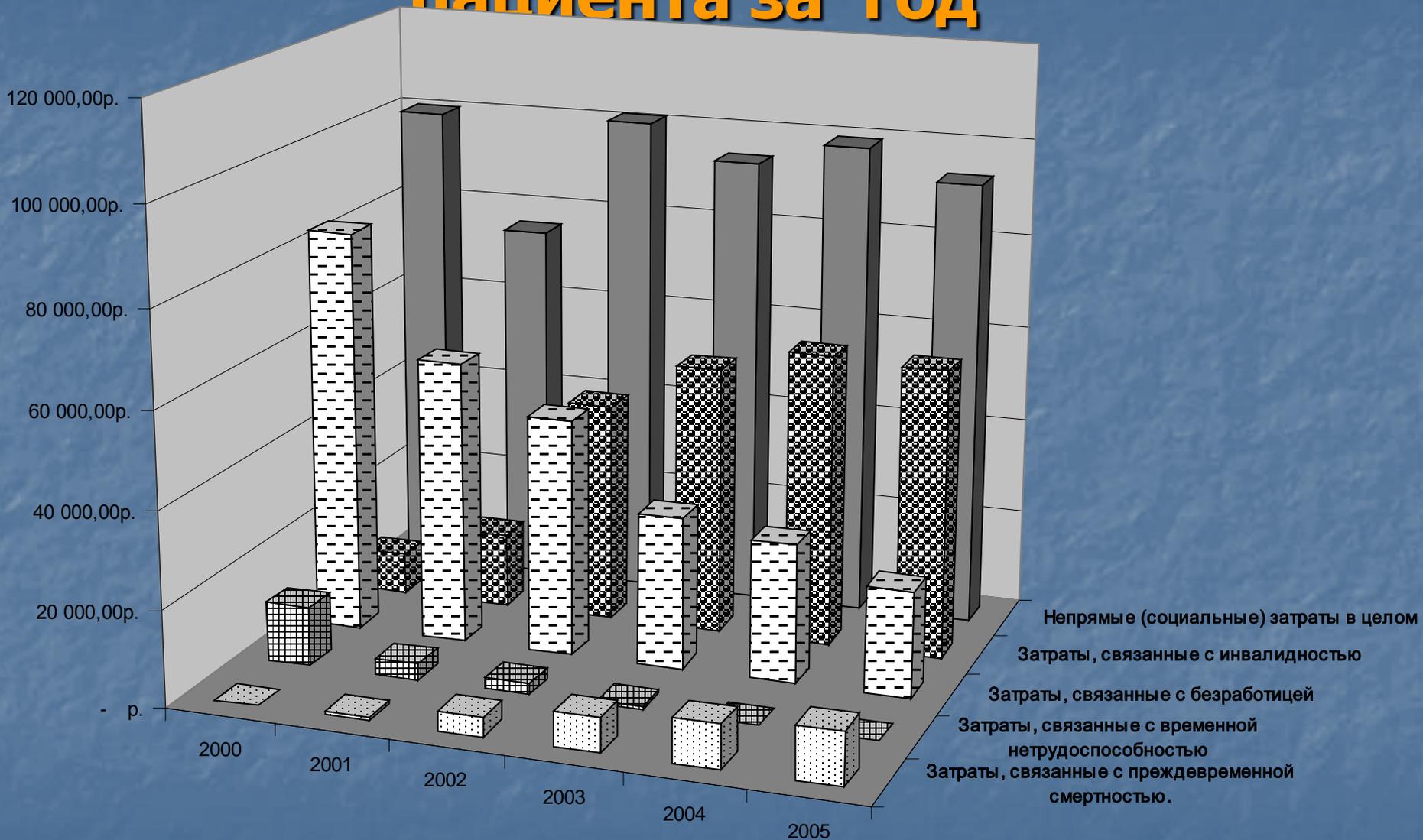
Снижение доли госпитализированных и охваченных амбулаторным лечением



Динамика медицинских затрат на пациента



Динамика социальных затрат на пациента за год



Оптимизация медицинских издержек на фоне хронического дефицита ресурсов

В психиатрии

Выделение
«ресурсоемких»
групп-мишеней
пациентов

=

+

Назначение
ресурсосберегающей
терапии для данной
группы



Современный этап развития психиатрии, основанной на доказательствах:

выбор и назначение препаратов с ресурсосберегающим эффектом в отдельных группах пациентов

Эффективность

Безопасность



Затраты

Фармакоэкономическая эффективность:
«дорогой» для психиатрии препарат выгоден в широкой социальной перспективе

ПРИМЕР: выбор пролонгированного АА ПОКАЗАНО
следующим группам пациентов:

Пациенты с риском несоблюдения режима фармакотерапии, не переносящие ДФН (риск некорректируемых ЭПР) в минимальных терапевтических дозах

Часто госпитализируемые пациенты

- со сниженной критикой к болезни и/или нарушением когнитивных функций
 - с резидуальной продуктивной симптоматикой
 - пациенты, успешно получавшие ранее пролонги в связи с нонкомпланесем
 - пациенты с эпизодами нарушения терапии в анамнезе
 - одинокие пациенты

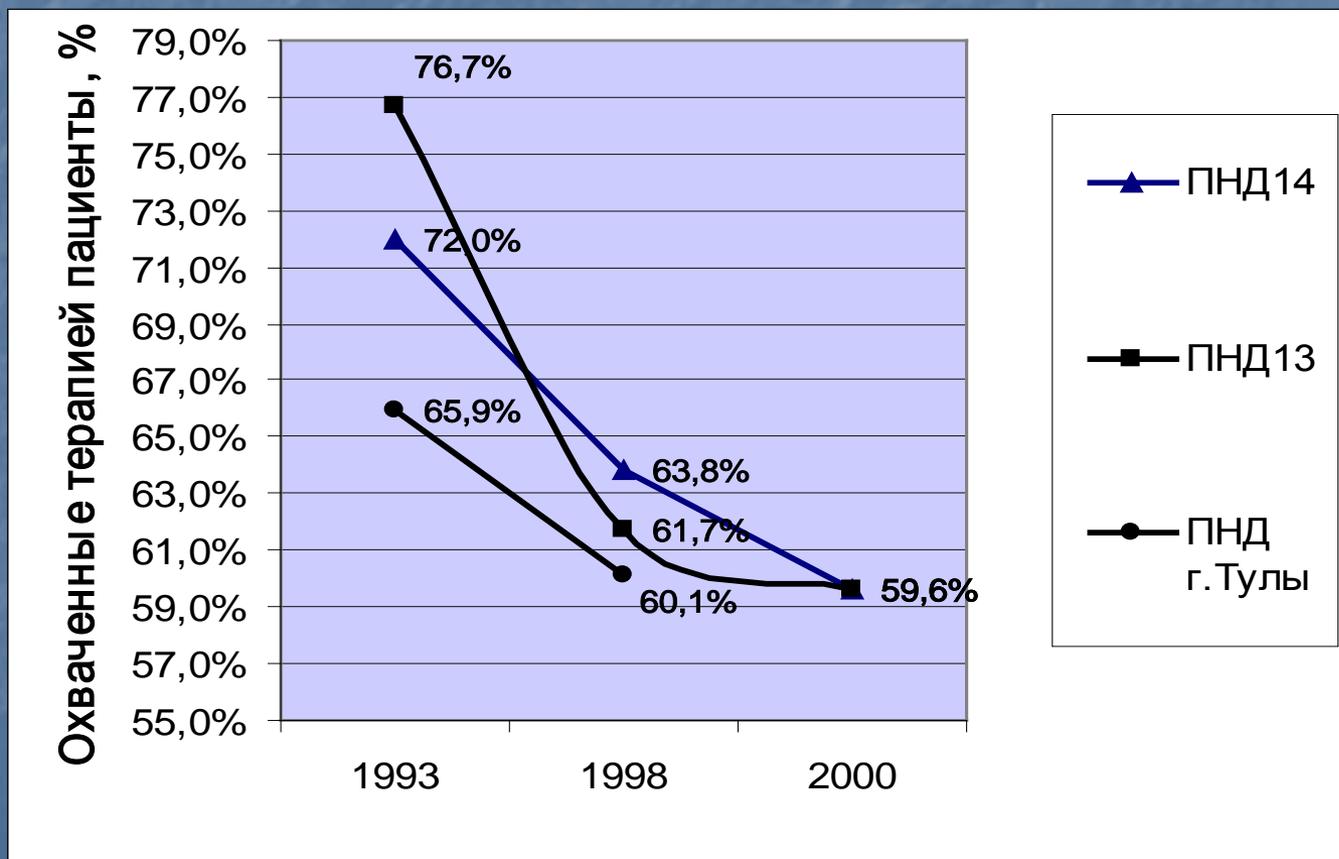
Социально опасные пациенты с риском причинения вреда себе и/или окружающим

- Пациенты с агрессивными и аутоагрессивными тенденциями
- Пациенты на амбулаторном принудительном лечении (АДН)

Научно доказательный подход и суровая реальность

*«Если бы делать было так же легко, как
знать,
■ что нужно делать, часовни
стали бы храмами,
■ а хижины – королевскими
дворцами»
■ В. Шекспир*

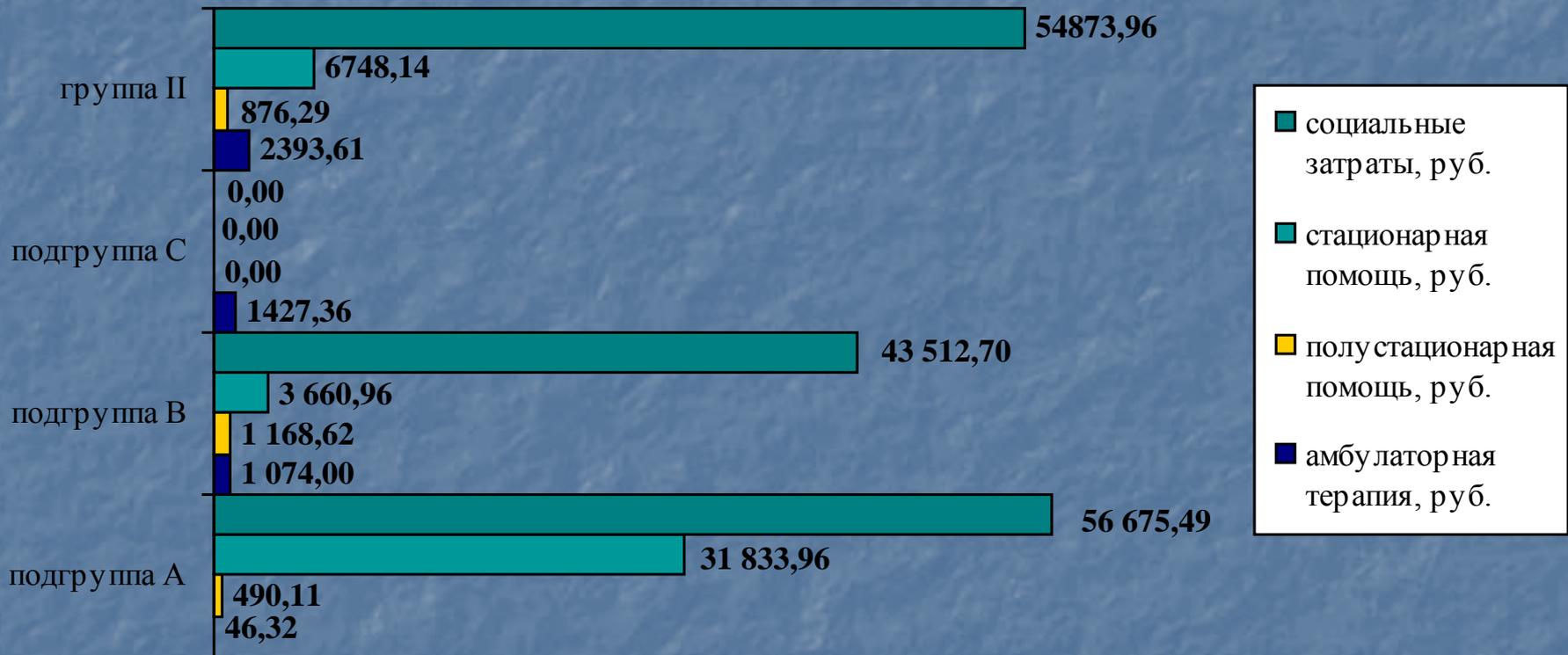
Снижение охвата фармакотерапией больных шизофренией и депрессивными расстройствами



Подгруппы (континуум) некомплаентных пациентов (60%) на участке ПНД (Е.И. Бугрова, дисс., 2007).

- А - полностью не соблюдающие режим внебольничного лечения (10-15%)
- В - частично не соблюдающие режим терапии: произвольно изменяющие набор, дозировку препаратов, кратность и длительность их приема
- С – стереотипно следующие схеме неизменного лечения против рекомендаций врача – «лекоманы» (5-10%)

«Бремя» несоблюдения режима на участке ПНД



Медицинские и социальные затраты в подгруппах, не соблюдающих режим терапии, и контрольной группе II
(Е.И. Бугрова, дисс., 2007)

Выбор ДФН

Пероральный антипсихотик

ДФН

Принимает ли
пациент
препарат?

Работает ли
препарат?

Принимает ли
пациент
препарат?

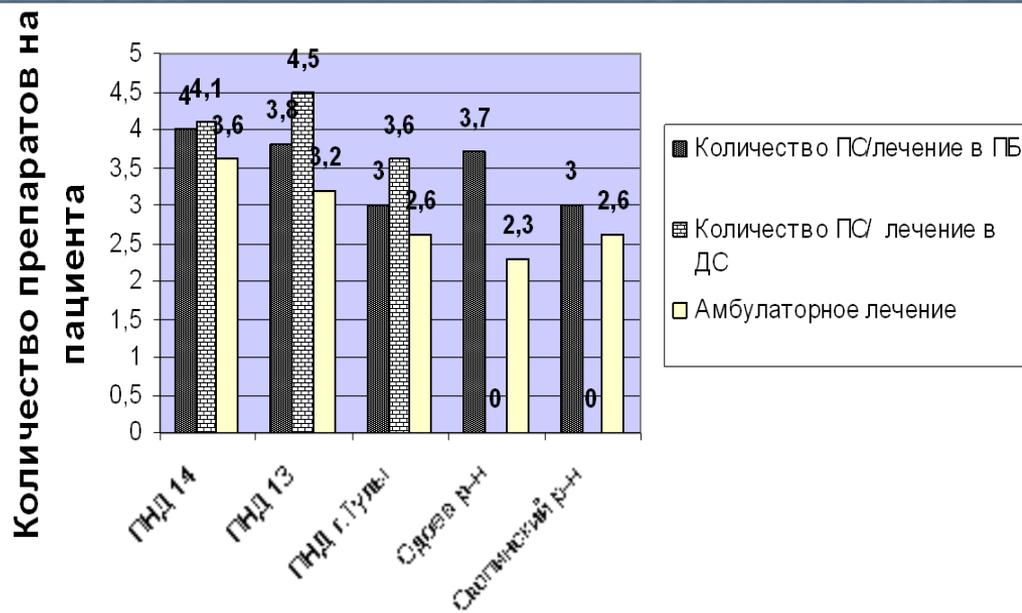
Эффективен ли
препарат?

Клиническое решение принимается
с неуверенностью

- Заменить препарат?
- Повысить дозу?
- Дополнительный препарат?

Упрощение принятия
решения

Нерациональная полипрагмазия при шизофрении: нонкомплаенс врача?



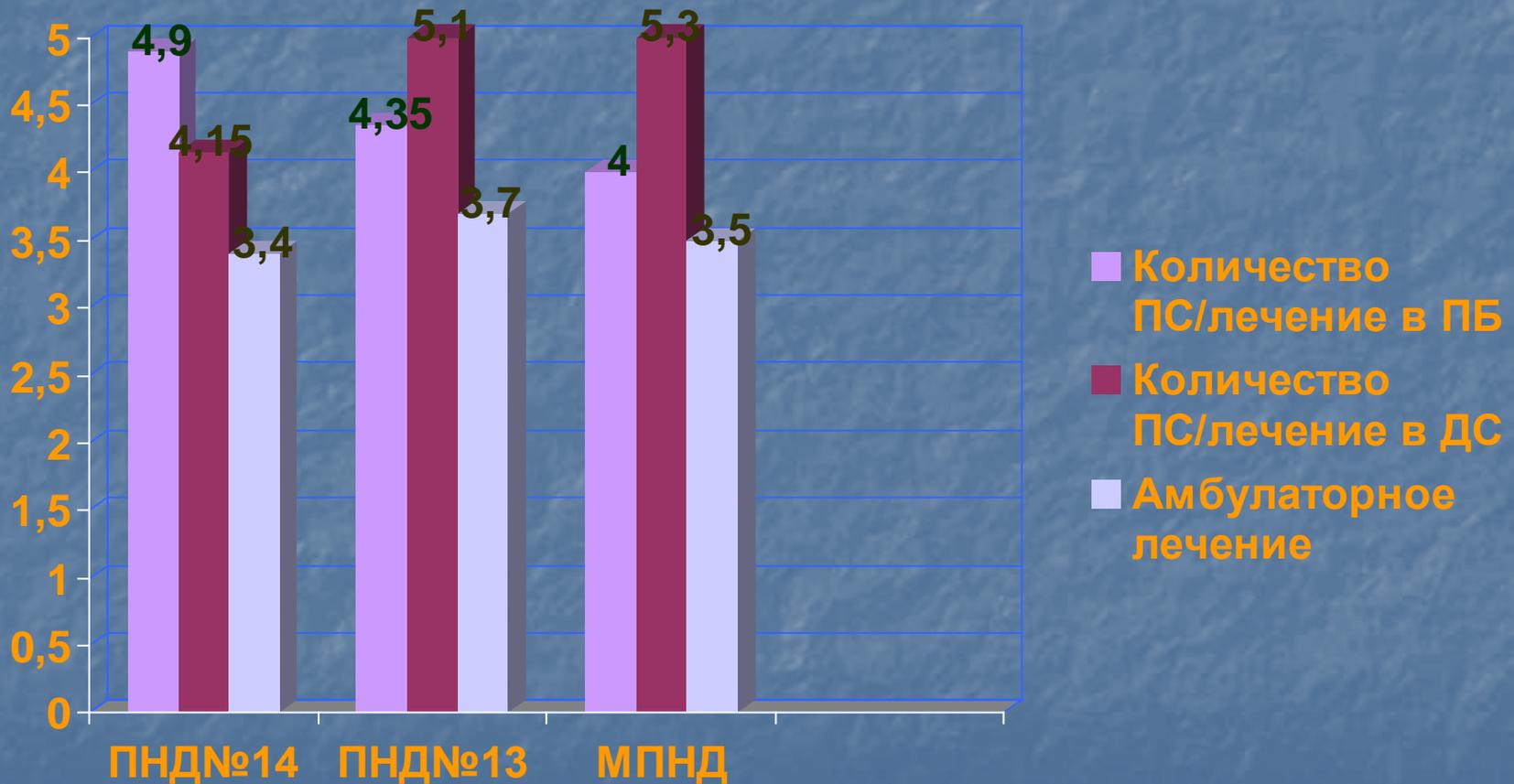
Количество психотропных препаратов на пациента
(Г.Р. Саркисян, 2006, дисс)

Затраты на «второстепенные» для лечения шизофрении сопоставимы с затратами на «основную» терапию

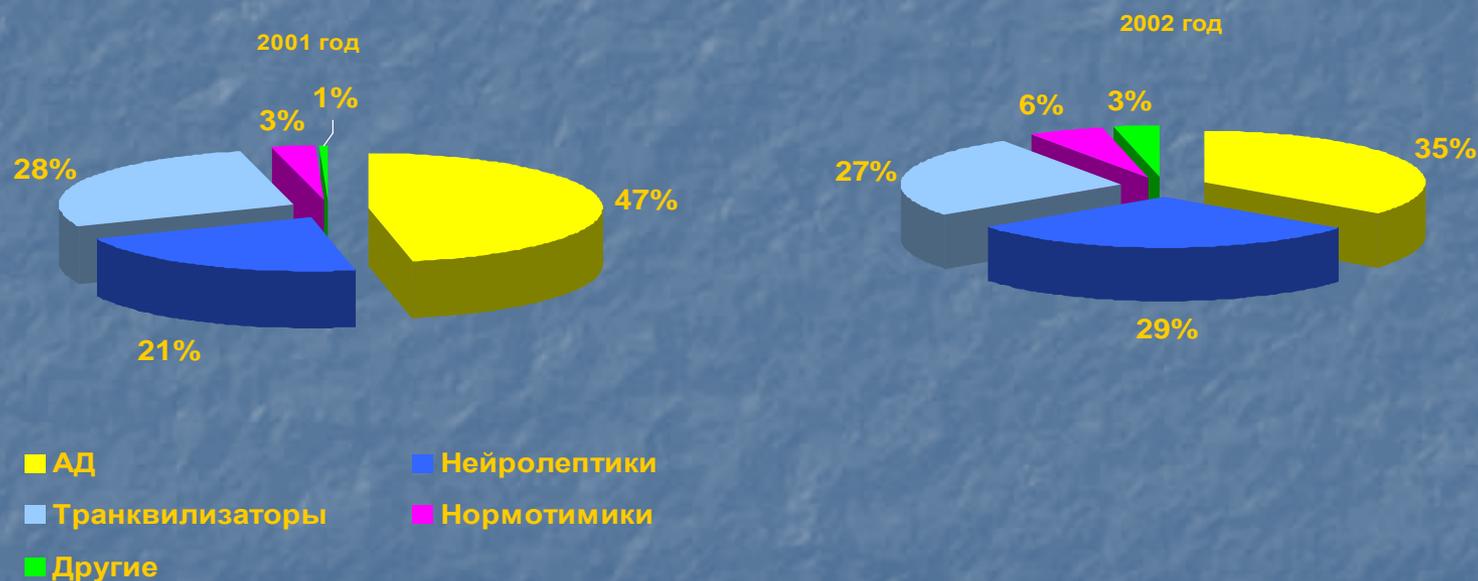


Соотношение затрат на различные классы психотропных препаратов в терапии больных шизофренией (Г.Р. Саркисян, 2006, дисс)

Полипрагмазия при лечении депрессивных расстройств



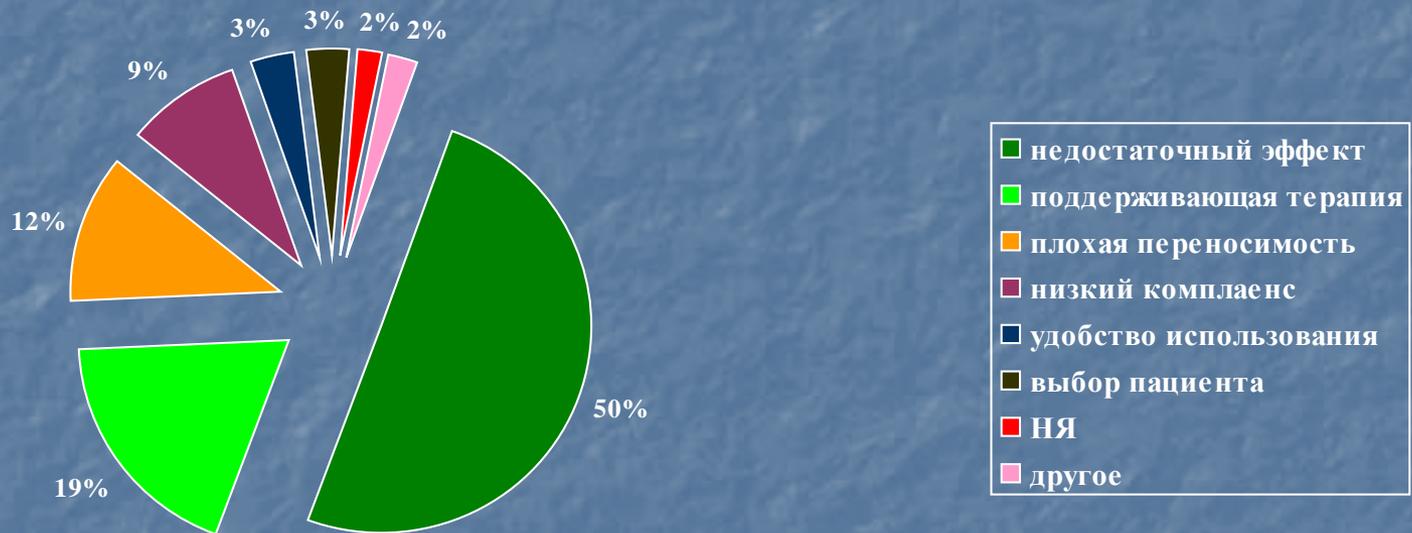
Соотношение затрат на разные классы препаратов в терапии депрессивных расстройств



Основные причины перевода пациентов с традиционных на атипичные антипсихотики (АА) в повседневной практике

- Частичная клиническая (противорецидивная) эффективность типового лечения: **углубление симптоматической ремиссии**
- Улучшение социального функционирования пациентов (?)
- **В меньшей мере:** низкая переносимость (дозозависимых) нежелательных действий типичных нейролептиков

Причины перевода на пероральные АА



70% пациентов начинают лечение по причинам, связанным с недостаточной эффективностью предшествующей терапии (недостаточный ответ, необходимость поддерживающей терапии для профилактики рецидивов)

Причины назначения пролонгированной формы АА пациентам в первом эпизоде шизофрении («МИР», 2008)



Типичные варианты нерациональной терапии АА в повседневной практике

«Недостаточность лечения»:

- Несоответствие момента вмешательства (первый эпизод шизофрении): часть больных, не получающая АА, нуждаются в них
- Применение АА в субтерапевтических дозах (ложная экономия, «тримя хлебами»...)
- **Неверный прогноз переносимости длительной терапии (риска отставленных нежелательных действий АА)**
- Кратковременность курса лечения («нетерпение» врача и/или пациента-неофила);
- Недостаточное назначение антидепрессантов (недодиагностика постшизофренической депрессии) и нормотимиков (недодиагностика шизоаффективной структуры приступа)
- **Отсутствие индивидуальной программы реабилитации пациента с подключением целевой психосоциальной работы**

Типичные варианты нерациональной терапии АА в повседневной практике (продолжение)

«Избыточность лечения»:

- завышенные дозы АА;
- Распространённость клинически нецелесообразной полифармации:
- сочетание АА с ТН или иными АА;
- «дублирование» (длительное сочетание АА с транквилизаторами или седативными ТН);
- шаблонное профилактическое назначение корректоров и транквилизаторов
- активность дополнительного отдельных препаратов с сомнительной эффективностью (ноотропов);
- завышение кратности приёма АА вне связи с периодом его полураспада.

Нерациональный выбор АА в условиях ограниченного финансирования

1. Недоучет проблем финансового обеспечения АА при выборе лечения, нарушение преемственности терапии.
2. Неверное соотнесение кандидата на лечение с **группой-мишенью:**
 - Больной с **проблемами комплаенса**, не сводящимися к плохой переносимости лечения, без поддержки семьи. Отсутствие мониторинга комплаенса.
 - Отсутствие согласия (противодействие) больного и его близких (неофобия)
 - Больной с опытом неэффективного лечения **другими двумя АА** (кроме клозапина);
 - Больной **резистентной шизофренией**, в т.ч. неэффективно лечась клозапином (алалептином) («а вдруг?..»)
 - Больной с **высоким риском рецидива/обострения** при переходе на **АА в внебольничных условиях**
 - Больной с выраженными негативными проявлениями (ожидание «антидефицитарного чуда»)
 - **Безопасность и успешность терапии традиционными нейролептиками** («у Бога добавки не просят» С. Довлатов)

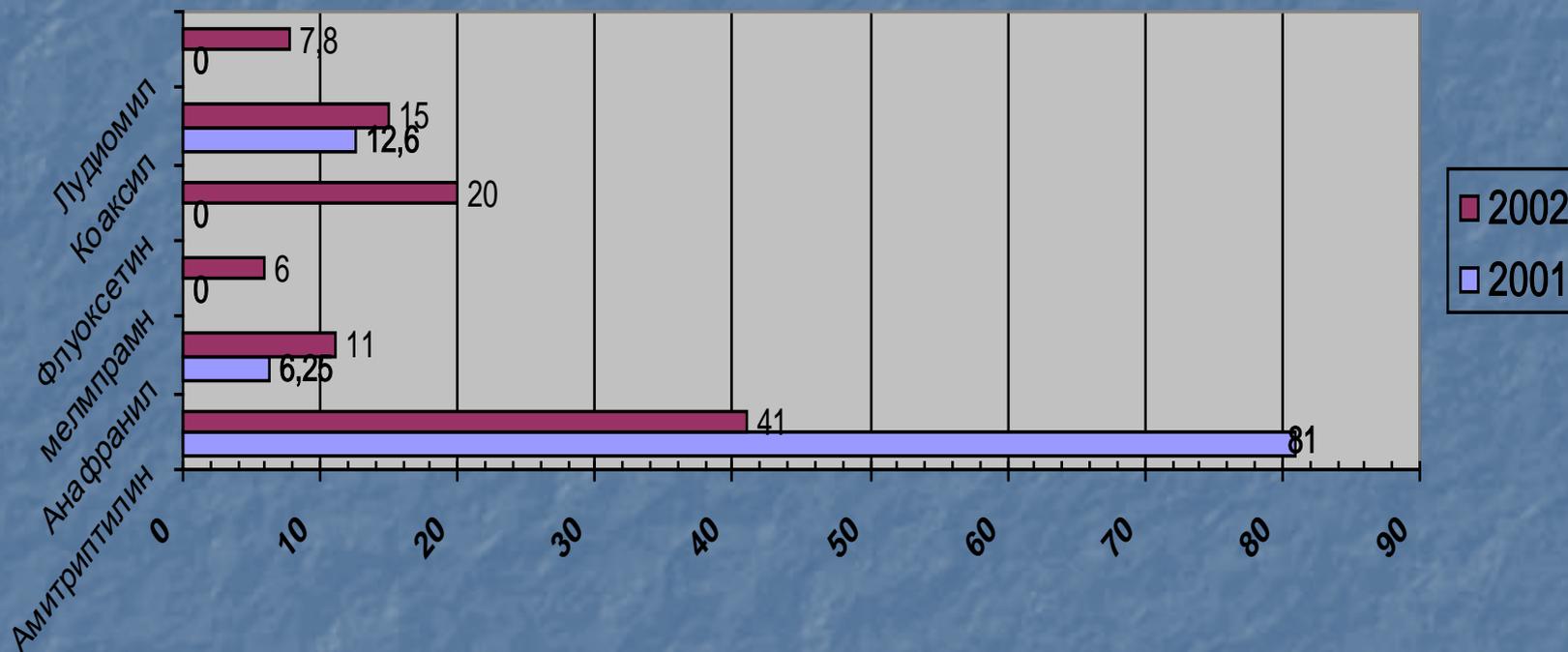
Выбор и лечение атипичными антипсихотиками

1999-2010 гг: не более **10%** больных шизофренией в РФ принимают АА (с учетом азалептина до **60%**) не менее 6 месяцев в году.

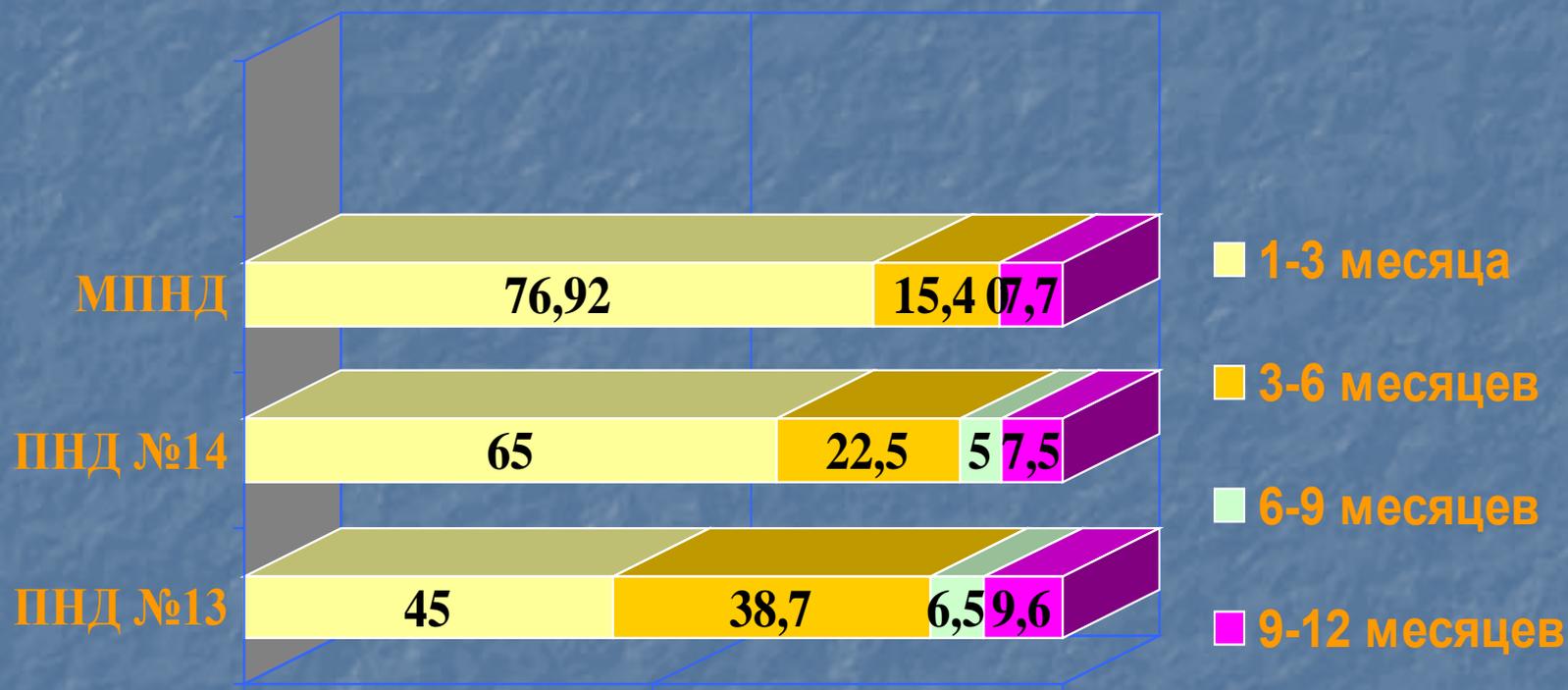
Эффект АА не оправдывает
возросших медицинских затрат в

50% случаев в связи с
нерациональным выбором и
применением

Спектр назначения антидепрессантов в повседневной практике ПНД



Длительность терапии антидепрессантами пациентов с аффективными расстройствами



Оптимизация психофармакотерапии



Внедрение в повседневную практику алгоритмов лечения, основанных на доказательствах и мониторинг качества терапии

Формирование формуляров ЛПУ на **научно-доказательном основании**

Назначение терапии **выделенным группам пациентов**, у которых применение конкретного препарата будет наиболее эффективным в социально-клиническом и экономическом аспектах, с позиций пациента, их близких, психиатрических служб и общества в целом

-Реструктуризация бюджета за счет препаратов с недоказанными безопасностью и эффективностью

Мониторинг качества фармакотерапии (завышенные дозы, необоснованная полифармация)

Генерическая политика (при доказанной клинической эквивалентности «копии» оригинальному препарату)



**Психиатрия
с каждой нашей
встречей все более
становится наукой.**

**И все менее требует жертв
как искусство**