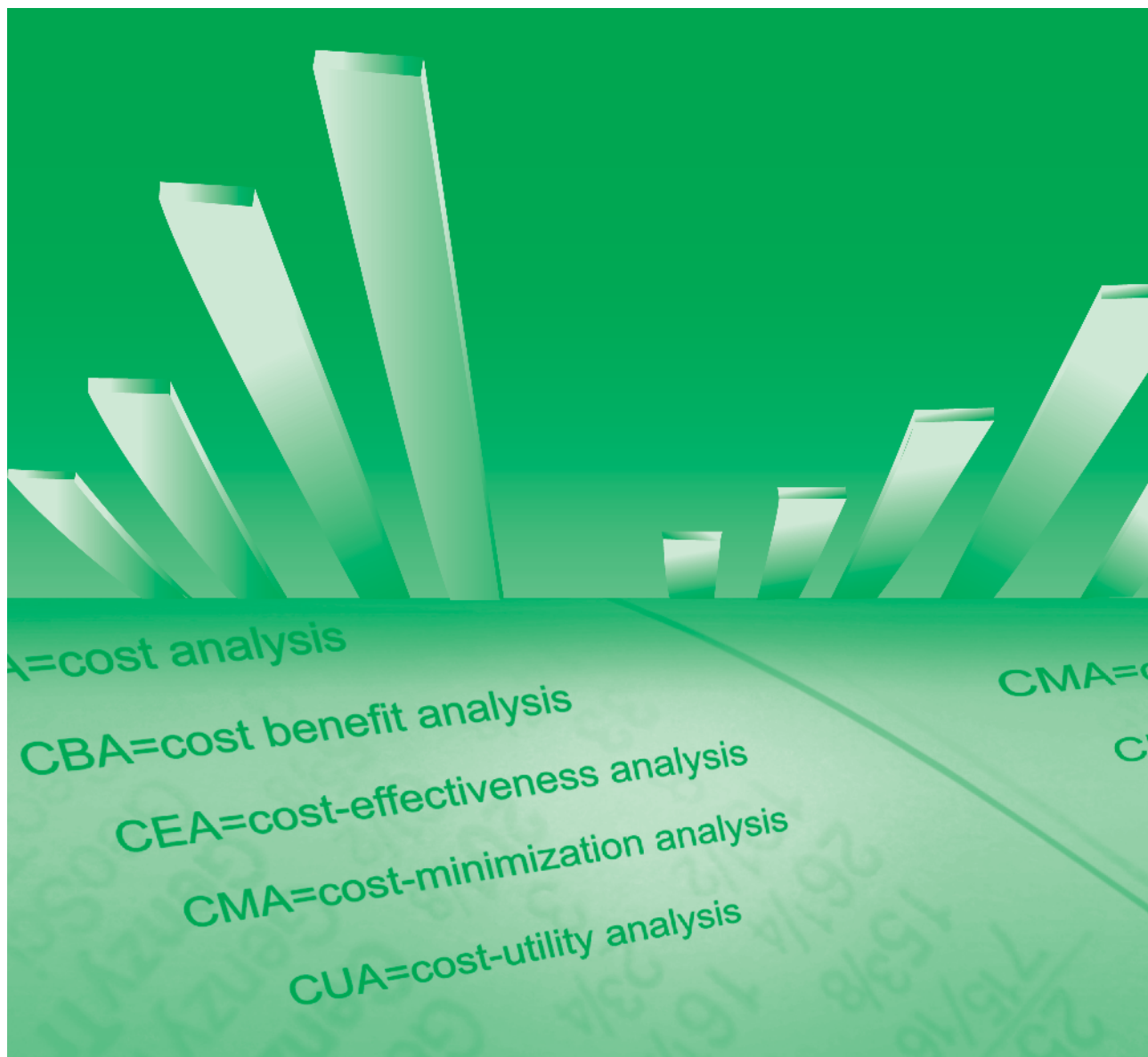


Фармакоэкономика

современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология

www.pharmasconomics.ru



- Определение «порога готовности платить» в России, в Европейских странах и в странах СНГ
- Тезисы V конгресса с международным участием «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в РФ» 1-2 марта 2011 года, г. Самара

№1

Том 4

2011

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.pharmasconomics.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел: +74956495495; e-mail: info@irbis-1.ru Copyright © 2011 Издательство ИРБИС

Анализ стоимости болезни лечения пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, в условиях здравоохранения Российской Федерации

Куликов А. Ю.¹, Дедюрина Ю.М.²

¹ Лаборатория фармакоэкономики Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, г. Москва

² ПНД №21 г. Москва

Резюме: Депрессии представляют собой актуальную проблему для современного здравоохранения. С целью определения экономического бремени депрессивных расстройств в условиях здравоохранения Российской Федерации было проведено фармакоэкономическое исследование методами анализа стоимости болезни и анализа затрат. В результате проведенного анализа было установлено, что экономическое бремя данной нозологии для Российской Федерации составило 523,5 млрд руб. или 1,26% ВВП.

Ключевые слова: фармакоэкономика, депрессия, бремя болезни, затраты на лечение больных с депрессией, стоимостный анализ

Введение

Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся подавленным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в настоящем, прошлом и будущем. Депрессия сопровождается процессами торможения нервной системы, гипералгезией, комплексом соматовегетативных расстройств. Для депрессий наряду с угнетенностью (в типичных случаях в виде витальной тоски) характерно идеаторное и двигательное торможение со снижением побуждений к деятельности или тревожное возбуждение (вплоть до ажитации). Свойственная депрессивным больным психическая гипералгезия (душевная боль) сопряжена с чувством вины, снижением самооценки, суицидальными тенденциями, а тягостное физическое самочувствие – с “соматическими” симптомами, такими как расстройства сна (трудности засыпания и ранние пробуждения). Резкое снижение аппетита вплоть до депрессивной анорексии (снижение массы тела на 5% и более от исходного в течение месяца); снижение либидо, нарушения менструального цикла вплоть до аменореи и другие соматовегетативные дисфункции, могут определять клиническую картину депрессии. Сниженное настроение сохраняется на протяжении всего эпизода депрессии, мало подвержено колебаниям и не зависит от изменений обстоятельств жизни больного [10]. Таким образом депрессия представляет собой серьезное заболевание, приводящее к снижению качества жизни пациентов, социальной дезадаптации, а в некоторых случаях может заканчиваться суицидальными эпизодами.

Депрессия становится актуальной проблемой мирового здравоохранения. Условия жизни современного общества в развитых и развивающихся странах, характеризуются высокими психологи-

ческими нагрузками, насыщенной информационной средой, длительным пребыванием в состоянии стресса, а также неблагоприятной экологической обстановкой, что представляет собой фактор риска развития депрессий. Так, в международном исследовании, проведенном Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в 14 учреждениях первичного звена медицинской помощи, расположенных в крупных городах мира, ментальные нарушения были выявлены почти у четверти (24%) лиц, обратившихся за медицинской помощью. Наиболее распространенными среди них оказались депрессия, генерализованные тревожные расстройства и злоупотребление фармакологически активными веществами [23].

Столь разнообразная картина и широкое распространение рассматриваемого заболевания требует специального подхода к оценке его последствий для общества. В целях определения последствий депрессий ВОЗ использует методологию анализа, основанную на вычислении синтетического показателя DALY [16]. Депрессивным расстройствам отведено 4-е место в рейтинге интегративной оценки социального бремени различных заболеваний в мире [21] через показатель DALY, объединяющий болезненность (годы, прожитые в состоянии нетрудоспособности) и смертность (потерянные годы продуктивной жизни). Депрессивные расстройства как источник инвалидности и смертности по показателю DALY к 2020 г. займут 2-е место, опережая ДТП и сосудистые заболевания головного мозга [22].

Лечение депрессий и их последствия ложатся тяжелым экономическим бременем на пациентов и национальные системы здравоохранения. В США затраты на лечение депрессии составляют около 12,4 млрд долл. В Великобритании смертность пациентов, страдающих депрессией, приводит к потере 4 млн фунтов в год. В Канаде стоимость депрессии составляет 2,53 млрд канадских долларов [24]. Экономическая оценка депрессии применительно к условиям здравоохранения Российской Федерации проводилась в единичных работах. По результатам двух из них суммарное бремя депрессивных расстройств составляет 0,07% [9] и 0,01% [3] от ВВП. Учитывая значимость рассматриваемой нозологии, а также недостаточную освещенность проблемы оценки экономического бремени депрессии, представляется важным провести анализ стоимости болезни депрессивных расстройств.

Цель исследования: провести анализ стоимости болезни депрессивных расстройств в условиях здравоохранения Российской Федерации.

№	Критерии включения	Количество пациентов в исследовании	легкая	средняя	тяжелая	Автор и № ссылки
1	Уровень тяжести состояния по шкале Общего Клинического Впечатления от «умеренно выраженного» до «значительно выраженного»	153	53	75	25	Артюх В.В. [1]
2	Манифестация депрессии в юношеском возрасте.	127	31	82	14	Крылова Е.С. [7]
3	Наличие депрессивных расстройств в рамках впервые возникшего депрессивного состояния, соответствующих, диагностическим критериям «Депрессивного эпизода» (F 32) по МКБ-10	73	16	50	7	Горюнов А.В. [2]
4	Наличие единичного умеренного (F32.1) или тяжелого (F32.2) депрессивного эпизода без психотических симптомов или рекуррентного ДР. (РДР) с текущим умеренным (F33.1) или тяжелым (F33.2) депрессивным эпизодом без психотических симптомов и возраст до 55 лет. Диагноз ставили на основании критериев МКБ-10.	47	0	25	22	Злоказова М.В. [5]
5	Наличие депрессивного расстройства в виде депрессивного эпизода легкой (F32.0) или средней (F32.1) степени выраженности либо рекуррентного депрессивного расстройства с текущим эпизодом легкой (F33.1) или умеренной (F33.2) степени выраженности.	50	32	18	0	Чахава К.О. [13]
6	Депрессии разной степени тяжести.	30	1	22	7	Тювина Н.А. [12]
7	Амбулаторные пациенты с аффективными расстройствами депрессивного спектра, у которых присутствовали симптомы хронической боли в пояснице.	30	15	15	0	Чахава К.О. [14]
8	Пациенты с диагнозом, установленным в соответствии с критериями депрессивного эпизода по МКБ-10.	297	21	122	154	Краснов В.Н. [6]
9	В исследование была включена разная по нозологическим формам группа больных, имевших аффективные расстройства разной степени выраженности.	40	17	19	4	Шамрей В.К. [15]
10	Больные с депрессивными расстройствами разной степени выраженности (в соответствии с критериями МКБ-10)	51	22	17	12	Раева Т.В. [8]
11	В исследование включались пациенты с 18 лет, поступившие в стационар с диагнозом депрессивного эпизода (единичного, в рамках рекуррентного депрессивного или биполярного расстройства) без психотических симптомов умеренной или тяжелой степени по критериям МКБ-10 (F31.3, 31.4, F32.1, F32.2, F33.1 или F33.2)	176	0	141	35	Смулевич А.Б. [11]
Всего пациентов		1074	208 (19%)	586 (55%)	280 (26%)	

Таблица 1. Оценка заболеваемости пациентов по степеням тяжести депрессии.

Для достижения обозначенной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Провести анализ эпидемиологических данных по депрессивным расстройствам;
2. Изучить подходы к лечению депрессивных расстройств;
3. Провести анализ затрат на лечение депрессивных расстройств;
4. Провести анализ стоимости болезни депрессивных расстройств.

При проведении исследования были использованы следующие методы:

- Метод информационного поиска
- Метод экспертных оценок
- Метод логического анализа

- Метод анализа затрат
- Метод анализа стоимости болезни

На первом этапе был осуществлен информационный поиск исследований по следующим ключевым словам: фармакоэкономика, депрессия, бремя болезни, затраты на лечение больных с депрессией. По сочетанию слов «фармакоэкономика» и «депрессия» информационный поиска результатов не дал. Также был проведен поиск публикаций исследований с упоминанием о делении пациентов, страдающих депрессией, по степени тяжести, который выявил 11 исследований. Семь исследований были опубликованы в журнале «Психиатрия и психофармакотерапия» за 2006-2009 гг.; одна статья в «Российском Медицинском журнале»;

3 работы были кандидатскими диссертациями на базе НЦПЗ РАМН. Критерием включения было наличие диагноза в соответствии с критериями депрессивного эпизода по МКБ-10 с разной степенью выраженности. В исследование включались пациенты любого возраста, наличие коморбидной патологии не являлось критерием исключения (были пациенты с «метафизической интоксикацией», хроническим болевым синдромом, хроническими дерматозами). В совокупности в 11 исследований было включено 1074 пациентов (табл.1, рис. 4).

После анализа результатов информационного поиска были сделаны следующие выводы: 55% случаев депрессивных расстройств приходится на случаи средней тяжести, доля тяжелых депрессивных расстройств составляет 26%, а 19% всех случаев занимают легкие депрессии.

В связи с ограниченностью полученных в ходе информационного поиска данных нами с целью более точной оценки частоты распространения депрессивных расстройств, в зависимости от их тяжести, был использован метод экспертных оценок. Экспертами выступили 46 врачей-психиатров из двух психоневрологических диспансеров (ПНД) г. Москвы. Эксперты были отобраны случайным образом, из них 5 (11%) были с научной степенью кандидата медицинских наук (КМН). Стаж работы у 52% (24 врачей) более 20 лет, 35% докторов работали более 10 лет, остальные – менее 10 лет. (рис. 1). С целью формирования интегрального более достоверного экспертного мнения было проведено распределение экспертов на основе рейтинговых коэффициентов, которые присваивались опрашиваемым врачам в соответствии с их стажем работы и научным званием: врачу, работающему до 10-ти лет, был присвоен коэффициент 1, от 10 до 20 лет – 1,5, более 20 лет – 2,0, врачу с КМН – 2,5. Данный коэффициент учитывался при расчете

окончательной оценки эксперта как множитель, на который умножалась поставленная им оценка.

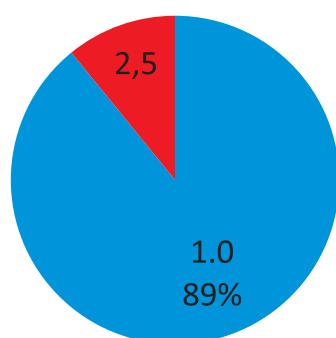
При определении экспертного мнения был применен метод анкетирования; экспертам были выданы для заполнения следующего вида опросники (рис.1).

Мнения экспертов относительно распространенности депрессии той или иной формы тяжести распределились следующим образом: легкая степень встречается в 21% случаев, средняя – в 33%, тяжелая – у 46% пациентов. Интегральная оценка распространенности депрессий в зависимости от их тяжести была получена посредством вычисления значений среднего арифметического для частоты каждой из форм депрессий (легкой, средней, тяжелой) на основе оценок, полученных в результате информационного поиска и опроса экспертов. Средние арифметические частот соответственно составили: легкая степень – 20% случаев, средняя – 44% всех депрессий, тяжелая – 36% (рис. 3, 4).

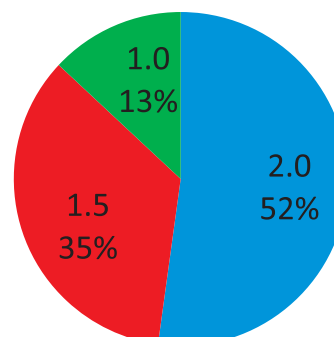
На следующем этапе производился анализ затрат на лечение депрессивных расстройств. Анализ затрат учитывал прямые медицинские затраты, включающие в себя затраты:

- на лекарственные средства;
- лабораторные и диагностические исследования;
- визиты к врачу;
- врачебные манипуляции и иные лечебные процедуры.

Подходы к лечению депрессивных расстройств определялись на основе протокола ведения больных депрессией [20]. В анализ были включены заболевания, соответствующие кодам: F31 (биполярное расстройство со сменой депрессивных и маниакальных фаз), F32 (текущий депрессивный эпизод (большая депрессия, униполярная или монополярная депрессия, автономная депрессия)), F33 (рекуррентная (повторяющаяся) депрессия). Стоимость



1. Зависимость от наличия КМН.



2. Зависимость от стажа работы.

Рис. 1. Распределение рейтинговых коэффициентов при учете экспертных оценок врачей-психиатров (n=46)

Опросник для врачей-психиатров, работающих в ПНД.	
1. Название ЛПУ	_____
2. Ф.И.О. врача	_____
3. Ученая степень	_____
4. Стаж работы:	
до 10 лет	_____
10-20 лет	_____
более 20 лет	_____
5. Распределение степени тяжести депрессии больных на Вашем участке	_____
%-легкая	_____
%-средняя	_____
%-тяжелая	_____

Рис. 2. Опросник для врачей-психиатров, работающих в ПНД

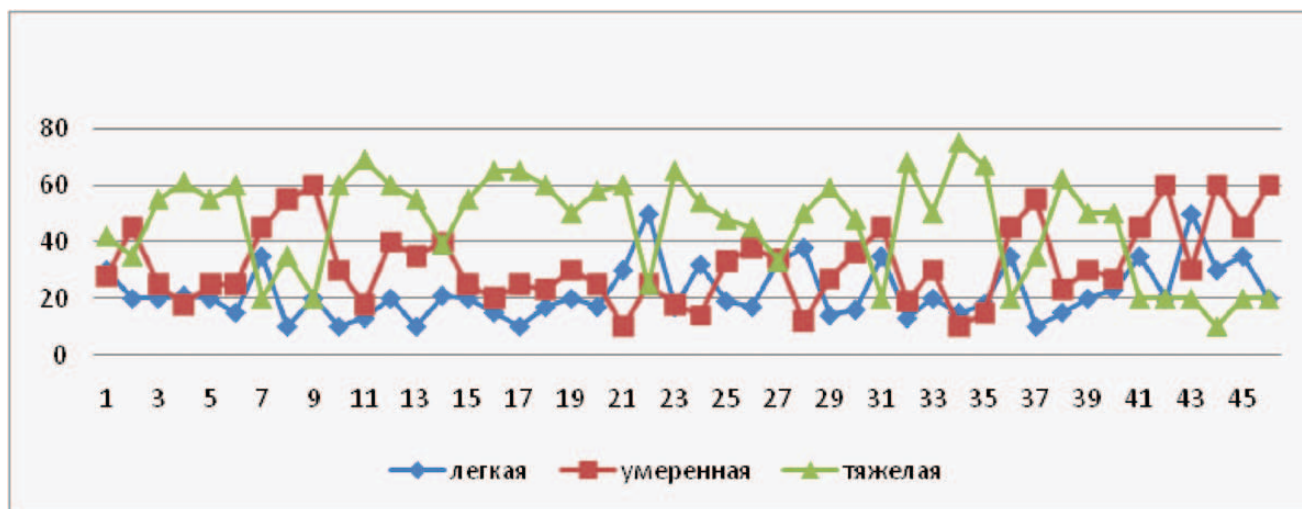


Рис. 3. Распределение депрессии по степени тяжести (мнение 46 экспертов)

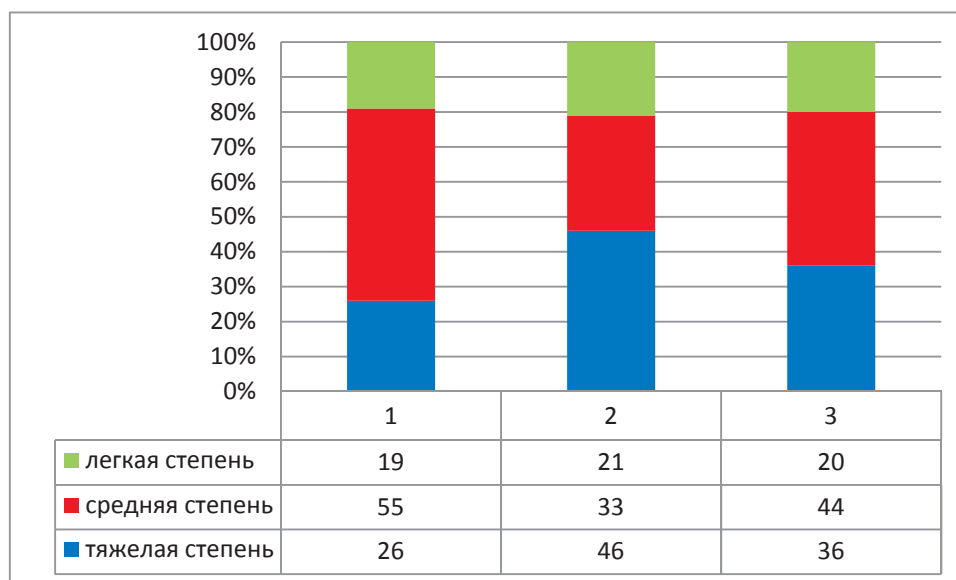


Рис. 4. Распределение депрессии по степени тяжести методом информационного поиска (1), методом экспертных оценок (2) и нахождением их средней арифметической (3)

препаратов была рассчитана как среднеарифметическое из средней стоимости всех доступных в аптечной сети препаратов [17], включая все зарегистрированные ЛС в РФ [19]. Цены на услуги взяты из прейскуранта цен на платные медицинские услуги МГМУ им. И. М. Сеченова [4].

Для оценки затрат на лечение депрессивных расстройств на федеральном уровне было необходимо определить общее количество пациентов, страдающих данным заболеванием в Российской Федерации. На 1 июля 2008 г. население России насчитывало 141,9 млн человек. Учитывая распространенность депрессий, которая по результатам ряда проведенных исследований [25] составляет 5% населения, общее число пациентов с указанной нозологией составляет 7 095 000 человека.

Стоимость лечения легкой степени депрессивного эпизода

Протекание заболевания депрессивным эпизодом легкой степени тяжести (F31.3; F32.0; F33.0) позволяет оказывать медицинскую помощь в психоневрологическом диспансере или в территориальной поликлинике (в кабинете неврозов). При первичном приеме происходит диагностика и назначение лекарственной терапии: пациенту детально объясняют правила применения пси-

хотропных препаратов: кратность приема, регулярность, необходимость соблюдения осторожности или отказа от деятельности, требующей повышенной реакции, отказ от употребления спиртного. Длительность трех этапов терапии (инициальный, базисный, поддерживающий) составляет год. Согласно протоколу ведения больных, в течение этого времени пациент посещает врача-психиатра, по крайней мере, 12 раз, а так же 1 раз терапевта, невролога и офтальмолога; по необходимости проводится психодиагностическое исследование и психотерапия. Цена одной манипуляции составляет в среднем 400 руб. [4] (таб. 2).

Таким образом расходы на медицинские услуги при легкой степени депрессии составили 7 710 руб. на одного пациента.

Пациент принимает антидепрессанты в необходимой дозировке. Представленная в стандартах [20] ориентировочная дневная доза (ОДД) является средней рекомендуемой дозой, которая не отражает форму выпуска лекарственных средств и особенности их применения (возрастные различия в дозировках, титрование дозы и т. п.). Эквивалентная курсовая доза (ЭКД) равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ОДД. Частота назначения может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что 100% пациентов должны получать данные лекарствен-

Лечение	Частота предоставления	Среднее количество	Цена манипуляции, руб.	Суммарная стоимость, руб.
Консультация психиатра	1	12	400	4800
Психотерапия	0,4	10	400	1600
Консультация терапевта	1	1	400	400
Консультация невролога	1	1	400	400
Психодиагностическое исследование	0,2	1	300	60
Консультация офтальмолога	1	1	450	450
Стоимость медицинских услуг				7710

Табл. 2. Затраты на медицинские услуги при легкой степени депрессии

Международное непатентованное название	Частота назначения	ОДД мг	ЭКД мг (ОДД* кол-во дней)	Цена 1 мг, руб.	Цена ЭКД, руб.
Амитриптилин	0,4	100 мг	36500	0,1525	2226,5
Имипрамин	0,05	100 мг	36500	0,3271	596,9575
Кломипрамин	0,05	25 мг	9125	1,2526	571,49875
Мапротилин	0,05	25 мг	9125	1,4652	668,4975
Миансерин	0,05	30 мг	10950	1,3384	732,774
Милнаципран	0,01	50 мг	18250	0,8686	158,5195
Миртазапин	0,01	50 мг	18250	2,3382	426,7215
Моклобемид	0,01	300 мг	109500	0,1956	214,182
Пароксетин	0,01	20 мг	7300	1,232	89,936
Сертралин	0,01	30 мг	10950	0,4421	48,40995
Тианептин	0,1	37,5 мг	13687,5	1,1951	1635,793125
Тразодон	0,01	100 мг	36500	0,1324	48,326
Флувоксамин	0,01	100 мг	36500	0,436	159,14
Флуоксетин	0,01	20 мг	7300	0,6638	48,4574
Циталопрам	0,1	10 мг	3650	2,2701	828,5865
Эсциталопрам	0,1	10 мг	3650	6,1759	2254,2035
Венлафаксин	0,1	100 мг	36500	0,3816	1392,84
Дулоксетин	0,01	30 мг	10950	1,1836	129,6042
Стоимость медицинских услуг					12230,95

Табл. 3. Затраты на фармакотерапию для пациента при легкой степени депрессии

ные средства. Стоимость препаратов была рассчитана как среднее арифметическое из средней стоимости всех доступных в аптечной сети препаратов [17], включая все зарегистрированные ЛС в РФ [19]. Затраты на фармакотерапию депрессивных расстройств легкой степени рассчитывались как сумма произведений ЭКД, частоты назначения и стоимости единицы действующего вещества для каждого лекарственного средства (табл. 3).

Затраты на фармакотерапию составили 12 230,95 руб. Суммарные затраты на медицинские услуги и фармакотерапии составили 19940,95 руб. для одного пациента с легким депрессивным расстройством.

Стоимость лечения умеренной степени депрессивного эпизода (F31.3; F32.1; F33.1).

Лечение пациентов данной группы предпочтительнее в условиях стационара, т. к. это позволяет более детально определить психопатологическую структуру расстройства, особенности манифестации, течения, а также получить подробные объективные сведения. Необходимо целенаправленное выявление суицидальных мыслей, намерений, тенденций к аутоагрессивным действиям, наличие которых во многом определяет не только выбор те-

рапии, но и вид наблюдения за пациентом в условиях отделения (общее, усиленное, строгое).

Лечение в стационаре складывается из расходов на медицинские услуги и фармакотерапию. Медицинские услуги включают необходимый клинический минимум из биохимического анализа крови, клинического анализа мочи и крови, анализа крови на маркеры гепатита, сифилиса, ВИЧ, исследование на дифтерию и гельминтов, проведение флюорографии и ЭКГ. Осмотр медицинской сестрой проводится каждую неделю. Однократно пациент осматривается врачами: терапевтом, неврологом, офтальмологом, психотерапевтом, а также, в зависимости от пола, урологом или гинекологом. Однократно осматривается психологом и, по крайней мере, каждые 3 дня психиатром. В анализ затрат для данной модели пациентов также включаются затраты на пребывание в стационаре (койко-дни). Затраты на медицинские услуги, определявшиеся как произведение количества единиц предоставляемых услуг на частоту предоставления и цену услуги [4], были равны 32 005 руб. (табл. 4).

Расчет затрат на фармакотерапию осуществлялся аналогично приведенному выше алгоритму расчета затрат на фармакотерапию депрессивных расстройств легкой степени: затраты на фармакотерапию равны сумме произведений ЭКД, стоимости одной

Стационарное лечение	Частота предоставления	Среднее количество	Цена манипуляции, руб.	Суммарная стоимость, руб.
Койко-день	1	45	450	20250
Клинический анализ крови	1	1	270	270
Клинический анализ мочи	1	1	250	250
Биохимический анализ крови	1	1	570	570
Анализ крови на ВИЧ	1	1	270	270
Определение HBsAg (ИФА)	1	1	200	200
Определение HCV (ИФА)	1	1	200	200
Определение антител к возбудителю сифилиса (ИФА)	1	1	190	190
Исследование на дифтерию (зев, нос)	1	1	405	405
Обнаружение яиц гельминтов и простейших в кале	1	1	140	140
Флюорография	1	1	350	350
Электрокардиография	1	1	300	300
Осмотр медицинской сестры (антропометрия, измерение температуры, осмотр кожных покровов, волос)	1	5	50	250
Консультация психиатра	1	15	400	6000
Консультация психотерапевта	1	1	400	400
Консультация терапевта	1	1	400	400
Консультация гинеколога	0,5	1	400	200
Консультация уролога	0,5	1	420	210
Консультация невролога	1	1	400	400
Консультация психолога	1	1	300	300
Консультация офтальмолога	1	1	450	450
Стоимость медицинских услуг				32005

Табл. 4. Затраты на медицинские услуги при средней степени депрессии

Международное непатентованное название	Частота назначения	ОДД мг	ЭКД мг (ОДД*кол-во дней)	Цена 1 мг	Цена ЭКД
Амитриптилин	0,3	150	6750	0,1525	308,8125
Венлафаксин	0,2	150	6750	0,3816	515,16
Дулоксетин	0,2	60	2700	1,1836	639,144
Имипрамин	0,2	150	6750	0,3271	441,585
Кломипрамин	0,2	150	6750	1,2526	1691,01
Мапротилин	0,3	150	6750	0,48	972
Миансерин	0,1	90	4050	1,3384	542,052
Милнаципран	0,1	100	4500	0,8686	390,87
Миртазапин	0,3	45	2025	2,3382	1420,4565
Моклобемид	0,1	300	13500	0,1956	264,06
Пароксетин	0,3	20	900	1,232	332,64
Пипофезин	0,2	150	6750	0,1036	139,86
Пирлиндол	0,2	150	6750	0,1445	195,075
Сертралин	0,3	50	2250	0,4421	298,4175
Тианептин	0,3	37,5	1687,5	1,1951	605,019375
Тразодон	0,1	150	6750	0,14	94,5
Флувоксамин	0,3	200	9000	0,436	1177,2
Флуоксетин	0,3	40	1800	0,6638	358,452
Циталопрам	0,3	20	900	2,2701	612,927
Эсциталопрам	0,3	20	900	6,1759	1667,493
Диазепам	0,2	20	900	0,18	32,4
Клоназепам	0,2	6	270	2,9948	161,7192
Лоразепам	0,2	6	270	1	54
Феназепам	0,2	6	270	1,65	89,1
Нитразепам	0,1	10	450	0,2029	9,1305
					13013,08

Табл. 5. Затраты на фармакотерапию для пациента при средней степени депрессии (лечение в течение 45 дней).

единицы действующего вещества и частоты назначения всех лекарственных средств (табл. 5). Таким образом затраты на лекарственную терапию составляют 13 013,08 руб. Затраты на лечение одного пациента с депрессивным расстройством средней степени с учетом медицинских услуг и фармакотерапии в стационаре в течение 45 дней составляют 45 018,08 руб.

После пребывания в стационаре и прохождения изложенного выше курса лечения у пациентов с депрессивным расстройством средней тяжести в 75% случаев требуется продолжение приема

поддерживающей терапии в амбулаторных условиях; 21.9% больных (6% – обострение, 10% – инверсия аффекта, 0.9% – развитие ятрогенных осложнений, 5% – отсутствие эффекта) вынуждены продолжить стационарное лечение еще 45 дней; 3% пациентов в связи с хронизацией процесса лечатся в больницах 6 мес. (рис. 5, 6).

Совокупные затраты на лечение больного с депрессией умеренной степени тяжести составляют 76 910,798 руб.

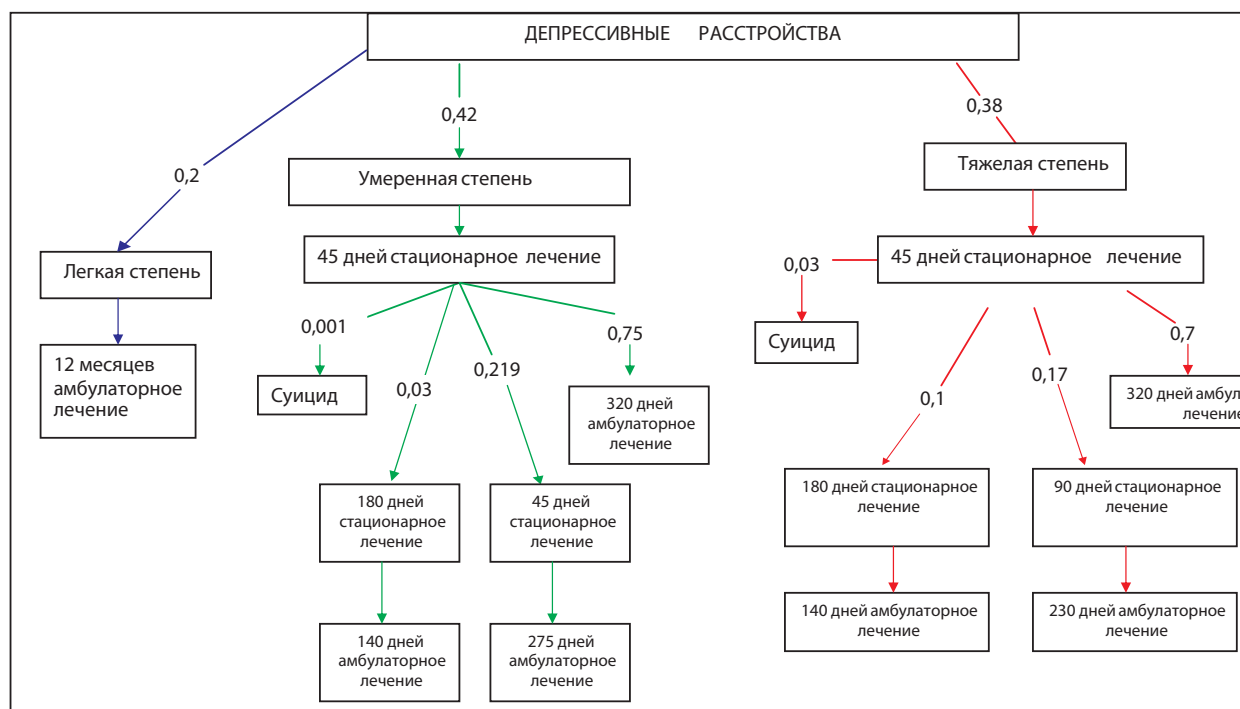


Рис. 5. Лечение депрессии с учетом частоты развития возможных исходов, согласно протоколу ведения больных депрессией [20]

75%	45 018,08	19940,95/365*320*0,75=13111,86	
21,90%		9 858,96	19940,95/365*275*0,219=3290,3
3%		45018/45*180*0,03=5402,17	
0,10%		19940,95/365*140*0,03=229,5	
	год лечения		
		стационарное лечение	
		амбулаторная терапия	

Рис. 6. Затраты на лечение умеренной степени депрессии с учетом частоты развития возможных исходов (цены в руб.)

Стоимость лечения тяжелой степени депрессивного эпизода

Депрессивным эпизодом тяжелой степени страдают 36% из всех больных депрессией. Данная группа пациентов проводит лечение в стационаре в течение 45 дней, где затраты на медицинские услуги, так же как при умеренной степени депрессии, составили 32 005 руб. Согласно изложенной выше методике затраты на фармакотерапию составляют 16 696,15 руб. (табл. 6). Затраты на лечение одного пациента с тяжелым депрессивным расстройством с учетом медицинских услуг и фармакотерапии в стационаре в течение 45 дней составляют 48 701,15 руб.

После прохождения лечения в стационаре 70% пациентов назначают поддерживающую терапию в амбулаторных условиях; 17% (7% – развитие ятрогенных осложнений, 10% – отсутствие эффекта (резистентность)) вынуждены продолжить стационарное лечение в течение 3 месяцев; 10% больных в связи с хронизацией процесса лечатся в больницах 6 месяцев (рис. 5, 7).

Таким образом совокупные затраты лечения одного больного, страдающего тяжелой степенью депрессии, составляет 99 878,75 руб. в год.

Международное непатентованное название	Частота назначения	ОДД мг	ЭКД мг (ОДД*кол-во дней)	Цена 1 мг	Цена ЭКД
Амитриптилин	0,5	150	6750	0,1525	514,69
Венлафаксин	0,3	150	6750	0,3816	772,74
Дулоксетин	0,3	60	2700	1,1836	958,72
Имипрамин	0,4	150	6750	0,3271	883,17
Кломипрамин	0,4	150	6750	1,2526	3382
Мапротилин	0,3	150	6750	1,4652	2967
Милнаципран	0,1	100	4500	0,8686	390,87
Миртазапин	0,3	45	2025	2,3382	1420,5
Пароксетин	0,3	20	900	1,232	332,64
Сертралин	0,3	50	2250	0,4421	298,42
Флувоксамин	0,3	200	9000	0,436	1177,2
Флуоксетин	0,3	40	1800	0,6638	358,45
Циталопрам	0,3	40	1800	2,2701	1225,9
Эсциталопрам	0,3	20	900	6,1759	1667,5
Диазепам	0,2	20	900	0,18	32,4
Клоназепам	0,2	6	270	2,9948	161,72
Лоразепам	0,2	6	270	1	54
Феназепам	0,2	6	270	1,65	89,1
Нитразепам	0,1	10	450	0,2029	9,1305
					16669,15

Табл. 6. Затраты на фармакотерапию для пациента при тяжелой степени депрессии

70%	48701,15	$19940,95/365*320*0,7=12237,73$					
17%		$48701/365*90*0,17=16558$	$19940,95/365*230*0,17=2136,14$				
10%		$48701,15/365*180*0,1=19480,46$			$19940,95/365*140*0,1=764,85$		
3%							
		год лечения					

Рис. 7. Затраты на лечение тяжелой степени депрессии с учетом частоты развития возможных исходов (цены в руб.)

Степень депрессии	%	кол-во	Стоимость лечения одного больного в год	Стоимость лечения всех больных
Легкая	20	1419000	19940,95	28 296 208 050
Средняя	44	3121800	76910,798	240 100 129 200
Тяжелая	36	2554200	99878,75	255 110 303 300
	100	7 095000	73785,29	523 506 640 500

Табл. 7. Совокупные затраты на лечение депрессивных расстройств за 1 год.

Анализ стоимости болезни депрессивных расстройств

На следующем этапе рассчитывались затраты на лечение среднестатистического пациента с депрессивным расстройством, которые определялись как сумма произведений затрат на лечение пациентов легкой, средней и тяжелой степени на соответствующие им частоты распространенности указанных форм депрессивных расстройств.

В соответствии с изложенной выше методикой затраты на лечение среднестатистического пациента с депрессивным расстройством составили 73 785,29 руб. (табл. 7).

Совокупные затраты на лечение всех пациентов с депрессивными расстройствами в России рассчитывалась посредством умножения затрат на лечение среднестатистического пациента с депрессивным расстройством на общее число пациентов с данной нозологией в России и составила 523,5 млрд руб., что по данным 2008 г. составляет 1,26% от ВВП (41 540,4 млрд руб. [18]).

Заключение

Проведенный анализ стоимости болезни депрессивных расстройств позволил определить экономическое бремя данной нозологии для Российской Федерации, которое составило 523,5 млрд. руб. или 1,26% ВВП, что превышает значения экономического бремени рассчитанных в более ранних исследованиях (0,07% [9] и 0,01% [3] ВВП). В тоже время, в виду затруднений в разработке валидных методик в настоящем анализе не были учтены не прямые затраты, которые несет государство, вследствие снижения трудоспособности пациентов и отвлечения трудоспособных родственников пациентов от производства ВВП для ухода за ними. Таким образом реальное экономическое бремя депрессивных расстройств может превышать рассчитанные в настоящей работе показатели. Учитывая указанные факты, а также данные о неблагоприятных последствиях тяжелых депрессий представляется обоснованным проведение более глубокого анализа ситуации с депрессивными расстройствами в Российской Федерации, с целью разработки специальных программ по ранней диагностике и лечению данной нозологии, что может привести к экономии средств системы здравоохранения.

Используемая литература:

1. Артюх В.В. Место антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в терапии юношеских депрессий (клинико-терапевтические корреляции и возрастные особенности). – Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2005.
2. Горюнов А.В. Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков. – Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2002.
3. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю., Еналиев И.Р. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах // Неврология и психиатрия. – №3. – 2010. – С. 77-82.
4. ДМС-09 Прейскурант по клинике психиатрии (на амбулаторно-поликлинические услуги и стационарное лечение) (действует с 01.04.2007). Платные медицинские услуги Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. www.mma.ru

5. Злоказова М.В. Опыт применения Вальдоксана при лечении умеренных и тяжелых депрессивных расстройств не психотического уровня у амбулаторных пациентов // Психиатрия и психофармакотерапия. – №4. – 2009. – С. 39-41.
6. Краснов В.Н., Крюков В.В. Велаксин® (венлафаксин) в современной терапии депрессий: результаты первого Российского многоцентрового исследования эффективности и безопасности // Психиатрия и психофармакотерапия. – №4. – 2007. – С. 29-32.
7. Крылова Е.С. Юношеские депрессии с симптомокомплексом «метафизической интоксикации» (типология, диагностика, прогноз и вопросы терапии). – Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2004.
8. Раева Т.В., Ишутина Н.П. Диагностика и лечение депрессивных расстройств у больных с хроническими дерматозами // Психиатрия и психофармакотерапия. – №4. – 2006.
9. Саркисян Г.Р. Антидепрессанты в комплексной фармакотерапии аффективных расстройств и депрессии при шизофрении: фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический аспекты. – Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2006. – С. 23.
10. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – Медицинское информационное агентство. – М., 2003.
11. Смулевич А.Б., Иванов С.В. Коаксил (тианептин) в терапии не психотических депрессий у пациентов психиатрического стационара // Психиатрия и психофармакотерапия. – №3. – 2006. – С. 10-15.
12. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Прохорова С.В., Козлов И.А. Эффективность Азафена-МВ (пипофезина) при лечении депрессий разной степени тяжести // Психиатрия и психофармакотерапия. – №6. – 2008. – С. 41-45.
13. Чахава К.О., Аведисова А.С. Открытое сравнительное исследование терапевтической эквивалентности препарата Адепресс (пароксетин) и Паксил (пароксетин) при терапии больных депрессивными расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия. – №1. – 2009. – С. 30-33.
14. Чахава К.О. Применение венлафаксина при депрессивных расстройствах у больных Хроническим болевым синдромом. – Российский Медицинский журнал. – №24. – 2007.
15. Шамрей В.К., Колчев А.И., Костюк Г.П., Зун С.А. Применение препарата Иксел для лечения депрессивных расстройств различного генеза. // Психиатрия и психофармакотерапия. – №2. – 2007. – С. 53-54.
16. Ягудина Р. И., Куликов А. Ю. Фармакоэкономика: общие сведения, методы исследования // Новая аптека. – 2007. – №9. – С. 73-78.
17. По данным www.aptechka.ru.
18. По данным <http://www.gks.ru>.
19. По данным <http://regmed.ru/search.asp>.
20. Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии. Протокол ведения больных «Депрессии». – М.: Стандартинформ, 2008.
21. Desjarlais R., Eisenberg L., Good B. et al. World mental health: problems and priorities in low-income countries. – NY: Oxford university press. – 1995.

22. Murray C.J., Lopes A.D. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and project to 2020. – Cambridge. Mass: Harvard University Press, – 1996. – P. 6– 39.
23. Prevalence of major psychiatric disorders in primary health care Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. Mental illness in general health care: an international study. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: 323– 334.
24. Sidney H. Kennedy, Raymond W Lam et al. Treating depression effectively. Applying Clinical Guidelines. – Martin Dunitz Informa healthcare. – 2007.
25. Ustun T.B., Sartorius N. (Eds) Mental. Illness in General Health Care: An International Study, – Chichester John Wiley & Sons Ltd. – 1995. – N. 5. – P. 16-32.

COST OF ILLNESS ANALYSIS OF DEPRESSIVE DISORDERS PATIENCE IN RUSSIAN FEDERATION HEALTHCARE

Kulikov A. Yu., Dedurina U. M.

Pharmacoeconomics laboratory of the First Moscow State University named after I. M. Sechenov

The Summary: Depression is a topical problem for modern healthcare. In order to determine the economic burden of depressive disorders in the healthcare of the Russian Federation, a pharmacoeconomic study was conducted by methods of cost of illness analysis and cost analysis. The analysis found that the economic burden of this nosology to the Russian Federation amounted to 523.5 billion RUB. or 1,26% of GDP.

Key words: Pharmacoeconomics, depression, disease burden, treatment costs of patients with depression, the cost analysis