

УДК 616.89-008.441.44

С.В. Лубсанова, И.Г. Етобаева, Н.А. Тыхеева

**ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ТЕКУЩИМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

В статье приведены результаты сравнительного анализа стоимости-эффективности терапии amitriptylin и rexitin у пациентов с текущим депрессивным эпизодом умеренной степени выраженности в стационарных условиях.

Ключевые слова: анализ, amitriptylin, rexitin, эффективность.

S.V. Lubsanova, I.G. Etobaeva, N.A. Tykheeva

**PHARMAKOECONOMIC ASPECTS OF ANTIDEPRESSIVE THERAPY
AT PATIENTS WITH A CURRENT DEPRESSIVE EPISODE IN HOSPITAL**

In the article the results of comparative analysis between cost and efficiency of therapy by amitriptylin and rexitin of patients with a current depressive episode of moderate degree of expressiveness in hospital have been given.

Keywords: analysis, amitriptyline, rexitin, efficiency.

Актуальность проблемы аффективных расстройств с каждым годом возрастает. Депрессивные расстройства являются одними из наиболее распространенных психических нарушений. По данным различных авторов, встречаемость депрессивного синдрома среди населения составляет от 6 до 20,6%. Эпидемиологические исследования последних лет прогнозируют дальнейший рост депрессивных состояний.

Схожая тенденция роста аффективной патологии отмечается и в Республике Бурятия. Так, по данным ГУЗ РПНД, с 2006 по 2010 г. абсолютное число случаев аффективных расстройств непсихотического уровня среди взрослого населения возросло с 141 до 398 (2006 – 141, 2008 – 213, 2009 – 348 и в 2010 – 398).

При этом депрессия из разряда медицинской проблемы переходит в социально-экономическую, т.к. затраты, связанные с терапией депрессивного эпизода складываются из затрат на фармакотерапию, числа госпитализаций в расчете на пациента в год, среднего числа амбулаторных визитов на пациента в год, средней длительности больничного лечения, числа дней нетрудоспособности в расчете на пациента и др. К 2020 г. по экономическому показателю депрессия будет занимать второе место, уступая только ИБС. Материальное бремя велико как в государственном масштабе, так и для каждого больного в отдельности. Данный факт усугубляется тем, что депрессия тяготеет к повторению. Вероятность рецидива после впервые перенесенной депрессии расценивается в 60%, после второго и третьего эпизодов – соответственно в 70 и 90%. В связи с этим эффектив-

ность терапии острого депрессивного состояния приобретает особую значимость. В настоящее время в антидепрессивной терапии выделяют следующие этапы:

- активная (купирующая) терапия до 3 месяцев,
- стабилизирующая (в течение 6 месяцев после купирования основных депрессивных симптомов),
- профилактическая терапия.

Активная терапия направлена на купирование аффективной симптоматики и формирование состояния ремиссии. По достижении улучшения состояния должен следовать период продолжающейся терапии, которая предотвращает рецидив симптоматики в рамках текущего эпизода и обеспечивает процесс социальной реадaptации. В течение этого периода рекомендуется поддерживать ту же дозировку препарата, которая использовалась в период активной терапии. Следовательно, схема лечения должна быть рассчитана не только на эффективное, хорошо переносимое и безопасное достижение ремиссии, но и на возможность поддержания этой ремиссии и осуществление профилактики будущих обострений.

В настоящее время большую значимость для адекватной терапии имеет степень тяжести депрессии. Так, при легком текущем эпизоде препаратами первой линии являются транквилизаторы; при умеренно выраженной депрессии – антидепрессанты.

С учетом того, что большинство пациентов с диагнозом «первый текущий депрессивный эпизод» – это работающие люди, которым для

полноценной стабилизации состояния необходимо после курса активной терапии продолжать прием препаратов, немаловажную роль играет стоимость терапии, точнее, оценка соотношения эффективности и стоимости терапии. В связи с этим целью настоящей работы является анализ соотношения «эффективность – минимизация затрат» при проведении антидепрессивной терапии у пациентов с текущим депрессивным эпизодом, умеренной степени выраженности в стационарных условиях.

Задачи:

- определить антидепрессивные препараты, которые наиболее часто назначаются в практике стационара;
- оценить эффективность антидепрессивной терапии в исследуемых группах;
- рассчитать стоимость терапии активного периода для каждого препарата
- разработать выводы для практических рекомендаций.

Материалы и методы: Определение антидепрессивных препаратов, необходимых для сравнения, осуществлялось методом анализа медицинских карт пациентов с диагнозом «текущий депрессивный эпизод умеренной степени выраженности» за 2009 г. Впоследствии, на этапе активной терапии, препараты назначали случайным образом независимые врачи. В дальнейшем из этих боль-

ных в исследование отбирали пациентов, соответствующих следующим критериям: возраст от 18 до 70 лет; диагноз по МКБ-10 текущего депрессивного эпизода, умеренно выраженного (F32.1); тяжесть депрессии, в соответствии с которой назначена терапия, составляет от 14 до 18 баллов по первым 17 пунктам 21-пунктовой шкалы Гамильтона для оценки депрессивной симптоматики (HAM-D). Оценку депрессивного статуса проводили в день назначения препарата, на 7, 10, 14, 28 и 30 дни терапии. Положительным эффектом антидепрессивной купирующей терапии считали при редукции суммарного балла по HAM-D не менее чем на 50%. Пациенты, в зависимости от назначаемого препарата, распределились на две сравнительные группы: первая группа – пациенты, получавшие амитриптилин, в суточной дозировке 150 мг/сут; вторая группа – пациенты, получавшие рексетин, в суточной дозировке 20 мг/сут.

В исследование было включено 27 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет (средний $34,4 \pm 2,68$ года): в группу принимавших рексетин – 12 (возраст $35,2 \pm 2,7$ года) – 71,4% женщин и 28,6% мужчин, принимавших амитриптилин – 15 (возраст $33,7 \pm 2,65$ года) – 32,7% женщин и 67,3% – мужчин. По основным клиническим и демографическим показателям статистически значимых различий между терапевтическими группами не было (табл. 1).

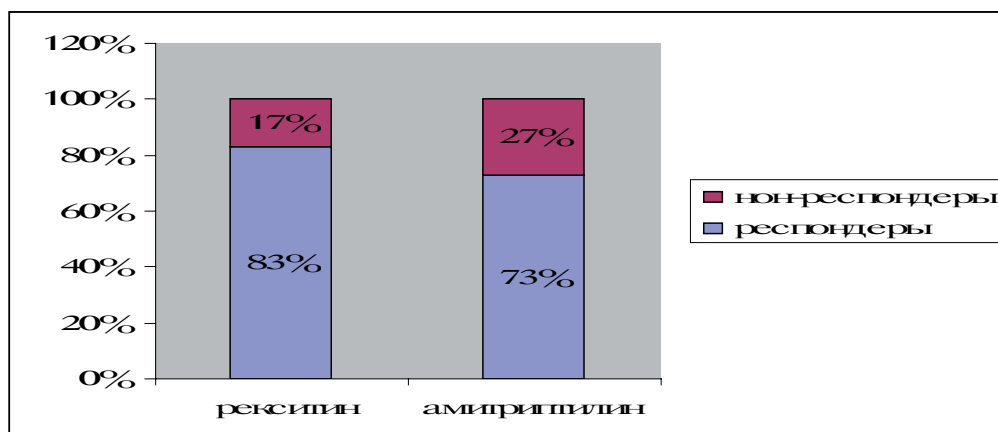
Таблица 1

Признаки	Амитриптилин (n= 15)	Рексетин (n= 12)
Пол (м/ж)	28,6 / 71,4	67, 3 / 32,7
Возраст	$33,7 \pm 2,65$	$35,2 \pm 2,7$
Социальный статус	Работающие – 70% Пенсионеры, неработающие – 23% Инвалиды – 7%	Работающие – 68% Пенсионеры, неработающие – 30 % Инвалиды – 2%

Результаты: в процессе терапии в группе рексетина общее число респондеров составило 10 (83%), в группе амитриптилина – 11 (73%), число нон-респондеров 2 (17%) и 3 (27%) соответственно (Диаграмма 1).

Количество нон-респондеров составили лица, которые прекратили прием препаратов из-за появления побочных эффектов, и лица, у которых не была достигнута значимая эффективность.

Диаграмма 1



При оценке суммарного балла в процессе терапии по шкале оценки депрессии Гамильтона (HAM-D) между группами не отмечается значимого различия. Суммарный балл у пациентов, при-

нимавших рексетин до начала терапии составил 16,9, после достижения 50% редукции симптоматики – 6,3; в группе пациентов, принимавших амитриптилин, такое соотношение составило 17,5 и 6,7 соответственно (табл 2).

Таблица 2

	Амитриптилин	Рексетин
До начала терапии	17, 5±0,8	16,9±0,3
После	6,7±0,2	6,3±0,4
% редукции суммарного балла	61, 72	62,73

Длительность активной терапии при приеме амитриптилина составила 19 дней, а прием рексета во второй исследуемой группе составил 30 дней.

Для оценки стоимости курсовой терапии исходили из расчетной стоимости покупки препарата вне системы ДЛО и производили расчет по рыночной стоимости препарата: для амитриптилина она составляла 45 р. 25 к. (25 мг № 50), для рексета – 792 р. 00 к. (20 мг № 30). Следовательно, стоимость активной терапии амитриптилином составляет 96 р. 90 к.; стоимость активной терапии рексетином – 792 р. 00 к. Соответственно стоимость стабилизирующей терапии при приеме амитриптилина составит 918 р. 00 к., а при терапии рексетином – 4752 р. 00 к., что при сравнительно равной эффективности экономически выгоднее как ЛПУ, так и самому пациенту.

Выводы

- препаратами, наиболее часто назначаемыми при проведении активной антидепрессивной терапии в условиях стационара, являются амитриптилин и рексетин;

- амитриптилин и рексетин эффективны в терапии текущего депрессивного эпизода умеренной степени тяжести;
- длительность курсовой активной терапии амитриптилином составляет 19 дней, рексетином – 30 дней;
- стоимость активного периода антидепрессивной терапии амитриптилином составляет 96 р. 90 к.; рексетином – 792 р.

При равной терапевтической эффективности рексета и амитриптилина в терапии текущего депрессивного эпизода умеренной степени тяжести последний может быть рекомендован как экономически менее затратный препарат при условии контроля возникновения побочных эффектов и контроле синдрома отмены.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства и современные социальные проблемы. – Ростов на/Д: Феникс, 1993. – 143с.
2. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий. Депрессии (психопатология, патогенез). – М.: Наука, 1980. – С. 9-16.

3. Краснов В.Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты. Депрессии и коморбидные расстройства. – М.: Наука, 1997. – С. 80-98.

5. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.

Лубсанова Светлана Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент Бурятского государственного университета, кафедра инфекционных болезней. 670000, Республика Бурятия, Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а., e-mail: lsv1972@mail.ru

Етобаева Инна Георгиевна – кандидат медицинских наук, доцент, Бурятского государственного университета, кафедра фармакологии и традиционной терапии. 670000, Республика Бурятия, Улан-Удэ, ул.

Смолина, 24а. e-mail: etobajeva73@mail.ru

Тыхеева Наталья Алексеевна – кандидат медицинских наук, доцент, ГОУ ВПО БГУ, кафедра фармакологии и традиционной терапии. 670000, Республика Бурятия, Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а.

Lubsanova Svetlana Victorovna – candidate of medical sciences, associate professor, department of infectious diseases, Buryat State University. 670000, Buryatia, Ulan-Ude, Smolin str. 24a, lsv1972@mail.ru

Etobajeva Inna Georgievna – candidate of medical sciences, associate professor, department of pharmacology and traditional therapy, Buryat State University. 670000, Buryatia, Ulan-Ude, Smolin str. 24a, etobajeva73@mail.ru

Tykheeva Natalia Alexeevna – candidate of medical sciences, associate professor, department of pharmacology and traditional therapy, Buryat State University. 670000, Buryatia, Ulan-Ude, Smolina str. 24a, etobajeva73@mail.ru

УДК 616.5+618.2

**М.М. Янгутова, В.М. Очиров, Б.М. Сультимов,
А.Б. Маланова, И.Л. Коломеец**

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН – ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДИКАТОР ДАЛЬНЕЙШЕГО РОСТА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Рост аллергических заболеваний ВОЗ рассматривает как неинфекционную эпидемию. На сегодняшний день выявлены группы факторов риска развития атопии, поэтому полученные результаты нужно использовать в практическом здравоохранении. Необходимо начать образовательную работу по первичной профилактике аллергических заболеваний, а также определить целевую группу для данной работы.

Ключевые слова: аллергия, беременность, первичная профилактика.

**M.M. Yangutova, V.M. Ochirov, B.M. Sultimov,
A.B. Malanova, I.L. Kolomeets**

THE PREVALENCE OF ALLERGIC DISEASES AMONG PREGNANT WOMEN – A PROGNOSTIC INDICATOR OF FUTURE GROWTH OF ALLERGIC MORBIDITY AMONG CHILDREN

The WHO considers the growth of allergic diseases as non-infectious epidemic. At present, the groups of risk factors for atopy have been identified, and therefore the obtained results should be used in practical public health care. It is necessary to start educational activity aimed at primary prevention of allergic diseases, as well as to identify the target group for such activity.

Keywords: allergy, pregnancy, primary prevention.

Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность аллергических реакций и заболеваний продолжает возрастать, особенно в развитых странах [4]. По данным ВОЗ, около 30% населения земного шара страдает различными формами аллергии, что в настоящее время рассматривается как неинфекционная эпидемия [1].

Государственная политика в области охраны здоровья детей в нашей стране определило профилактику как приоритетное направление в пе-

диатрии. Педиатрия – по своей сути дисциплина профилактическая, предмет ее деятельности – не только (а может, и не столько) больной, но и здоровый ребенок. Однако зачастую и средства, и усилия направляются прежде всего на лечение, а не на профилактику [2].

Как клинические, так и клиничко-генетические исследования позволяют с полной уверенностью считать генетические факторы предрасположенности основным и наиважнейшим фактором риска развития аллергических заболеваний. Наличие в