

фликт, формируется чувство беспомощности. Считают, что в таких случаях может формироваться так называемая обученная беспомощность. При тех или иных трудных ситуациях у человека на основании прошлого опыта строится прогноз, что ситуация им не разрешима и возникает состояние беспомощности, которое снижает толерантность к стрессу. Подтверждением этого является выявленная у женщин с эндометриозом отягощенность анамнеза психотравмирующими ситуациями. Анализ жалоб у обследованных больных выявил значительное преобладание «невротических» симптомов. Почти у половины женщин с эндометриозом имелись признаки нарушений в эмоциональной сфере.

Для объективизации и уточнения клинических данных использовалось психодиагностическое тестирование. Оценка параметров СМЛ показала, что женщин с эндометриозом отличает высокий уровень невротизации, ипохондрическое состояние, эмоциональная лабильность, признаки эмоциональной незрелости, защитный механизм по типу «бегства в болезнь», реактивная депрессия и депрессивный тип реагирования в ситуации стресса, высокая сенситивность. Сравнительный анализ динамики психологических нарушений показал, что у женщин с тяжелым течением заболевания выявлено состояние личностной дизадаптации, которое сопровождалось нарастанием депрессивных расстройств, эмоционально-поведенческими реакциями, повышенной чувствительностью к средовым влияниям, тревожностью, сниженным настроением. Высокий уровень ситуационной и личностной тревожности был подтвержден результатами методики Спилбергера. Психологические нарушения могут быть следствием стойкой «невротизации» личности психотравмирующими ситуациями, когда компенсирующая роль защитного механизма по типу «ухода в болезнь» перерастает в устойчивый неконструктивный стиль переживаний, создающий выраженную эмоциональную напряженность [7]. Те же нарушения могут быть обусловлены тяжелым течением самого заболевания, т.к. выявлена зависимость психосоматических нарушений от степени тяжести заболевания. Для развития психосоматических расстройств важны особенности личности: высокая стрессодоступность, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость. Чем более ранима психика, тем больше невротизирована, психопатизирована нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима для ее поражения.

Проведенные нами исследования не позволяют однозначно судить о «первичности» выявленных у больных эндометриозом «невротических» расстройств. Личностные особенности больных: повышенная чувствительность к средовым влияниям, мнительность, ранимость, тревожность, психологическая незрелость, эмоциональная лабильность – определяют сниженную устойчивость к стрессам, насыщенность анамнеза психотравмирующими ситуациями, высокий уровень невротизации. Депрессивный тип реагирования, сниженный фон настроения, склонность к страхам, ипохондрическим состояниям, очевидно, способствуют развитию эмоциональных нарушений и определяют степень их выраженности. Женщин с эндометриозом отличает эмоциональная лабильность, психологическая незрелость, стрессодоступность, высокий уровень невротизации, тревожно-депрессивный стиль переживаний. Личностная дизадаптация в виде страха, повышенной тревожности, реактивной депрессии имеют место при тяжелом течении эндометриоза. Полученные данные говорят о необходимости обследования психологического статуса у женщин с генитальным эндометриозом.

Литература

1. Аветисова К.Р. и др. // Акуш. и гин.– 1986.– № 3.– С. 19.
2. Баскаков В.П. и др. Эндометриозная болезнь.– СПб.: «ООО Издательство Н-Л», 2002.
3. Неврология для врачей общей практики. / Под ред. Вейна А.М.– М.: Эйдос Медиа, 2001.
4. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой.– М.: Мед. информ. агентство, 1997.
5. Серов В.Н. и др. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии.– М.: Русфармамед, 1995.
6. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности: теория и практика психодиагностики.– М.: Институт прикладной психологии, 1998.
7. Старцева Н.В. Эндометриоз как новая болезнь цивилизации.– Пермь, 1997.
8. Фролова О.Г. // Качество жизни.– 2004.– № 3(6).– С. 9.

9. Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера.– Л.: ЛНИИТЕК, 1976.

10. Low W. et al // Brit J Obstet Gynecol.– 1993.– № 2.– P. 191.

11. Perper M.M. et al. // Alcohol. Clin. Exp. Res.– 1993.– Vol. 17, № 2.– P. 272–278.

12. Waller K.G., Shaw R.W. // Fertil. and Steril.– 1995.– Vol. 63, № 4.– P. 796–800.

PSYCHOLOGICAL STATUS OF WOMEN WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS

I.K. BOGATOVA, O.K. SEMENOVA

Summary

The psychological status taken with the help of psychodiagnostic tests (standardised multifactorial method of personality examination (L.N. Sobchik)), method of situational and personal alarmability study is determined. 109 women of reproductive age with different forms of genital endometriosis were examined. The dependence of the level of psychological disturbances in the patients with endometriosis on the stage of disease is determined.

Key words: psychological status, endometriosis

УДК 616.895.4-08:615.214.32-036.2.003.1

НОВЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И ЭКОНОМИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

И.Я. ЛЬВОВИЧ, В.А. КУТАШОВ*

Размеры медицинских и социально-экономических последствий депрессивных расстройств являются обоснованием реструктуризации фармацевтического бюджета психиатрических служб. Несоответствие затрат на оказание помощи с отпускной ценой антидепрессантов нового поколения не исключает целесообразность их применения при их клинически и экономически обоснованном выборе.

Терапия антидепрессантами в рамках депрессивных расстройств, представляет важную научно-практическую и экономическую проблему, в связи с чем, адекватное использование антидепрессантов во врачебной психиатрической практике привлекает все большее внимание [1,3–4,6]. Рационализация фармакотерапии, развитие новых терапевтических стратегий с затрато-эффективным потенциалом служат апробированным средством ресурсосбережения в психиатрических службах [2,5,7,11]. Однако особенности фармакотерапии депрессий в повседневной практике специализированных психиатрических учреждений, пути ее клинко-экономической оптимизации изучены недостаточно, масштабы социально-экономического бремени пациентов с депрессивными расстройствами не определены [8–10].

Исследование применения антидепрессантов при аффективных расстройствах (F3 по МКБ-10) на амбулаторном, полустационарном, стационарном этапах психиатрической помощи проводилось в Липецкой, Орловской, Тамбовской областях. Осуществлялся нами одновременно и количественный фармако-эпидемиологический анализ для определения: а) потребления антидепрессантов в избранных психиатрических ЛПУ в установленных средних суточных дозах (Defined Daily Doses); с помощью методики DU 90% выделены «лидеры потребления»; б) охвата антидепрессивной терапией значительной части пациентов ПНД (психоневрологических диспансеров), психиатрических больниц (ПБ), соотношения объемов амбулаторного и стационарного лечения. Адекватный качественный фармакоэпидемиологический анализ определил: а) возможные типичные варианты нерационального применения антидепрессивной терапии, б) соответствие распространенных в реальной практике и научно обоснованных моделей применения антидепрессантов. Проведение стоимостного анализа у пациентов, получавших терапию в

* Воронежский ГТУ, Воронежская региональная организация медицинской реабилитации

указанных учреждениях (820 чел.), с опорой на полученные на первом этапе данные. Медицинские и социальные затраты (в руб. 2006 г.) экстраполированы на популяцию больных Центрально-Черноземного региона и России. Для выявления резервов экономической оптимизации фармакотерапии ДР (депрессивных расстройств) применены ABC- и VEN-анализы структуры затрат на отдельные психотропные препараты в соответствии с их потреблением и эффективности при лечении депрессивных расстройств. Микростоимостной анализ указал на стоимостную неоднородность депрессивных расстройств (ДР). Различия объяснены с помощью регрессионного анализа.

Ресурсосберегающий анализ эффекта выбора современных антидепрессантов производился на примере рексетина, альтернативы терапии трансклическими антидепрессантами (ТЦА). Прогноз лечения рексетином (Рек) построен на основе модели Маркова и данных I и II этапов исследования, специально проведенного открытого 6-месячного исследования эффективности Рек для длительной поддерживающей терапии больных ДР (проведен стоимостной анализ) (суммарно 50 чел.), систематизированных обзоров Cochrane «библиотеки». Параметром эффективности терапии в модели принята длительность (в днях) ремиссии. Коэффициент дисконтирования нейтрализовал влияние инфляции на результаты исследования. Анализ чувствительности оценил устойчивость результатов. При моделировании использована компьютерная программа DATA™ 3.0 (Decision Analysis by TreeAge-Software for Pharmacoeconomics Modeling).

Обработка данных проведена с использованием пакета программ Microsoft Excel 2003, Statistica 6.0 для Windows. Для оценки взаимосвязи исследуемых параметров применен корреляционный анализ, рассчитывались коэффициенты ранговой корреляции Спирмана (значимы при $p < 0,05$). В соответствии с задачами исследования ретроспективно не выборочно изучена медико-статистическая документация взрослых (18 лет и старше) пациентов Липецкого, Тамбовского, Орловского ПНД 2006г., получивших не менее одного курса антидепрессивной терапии в стационарных и/или внебольничных условиях в 2005-2006 г.

Небольшие выборки в отдельных ПНД сопоставимы по социально-демографическим и клиническим ($p > 0,05$) показателям, что подчеркивает репрезентативность выборок и их объединение для анализа. Распределение всех больных проведено по диагностическим категориям МКБ-10 (табл. 1).

Таблица 1

Социально-демографическая и психопатологическая характеристика пациентов, использующих антидепрессанты в 2005-2006 гг.

Параметры	Депрессивные(1) и биполярные(2) аффективные расстройства	
	Шифр по МКБ-10 (1) (F32.0-33.9, 38-39)	Шифр по МКБ-10(2) (F31.0-31.9, 34.0)
Число пациентов (чел.)	680	244
Соотношение женщины / мужчины	4,6/1	3,7/1
Возраст (лет)	58,7±5,3	54,05±9,6
% работающих	28	15,2
Лица, получившие инвалидность в связи с психическим расстройством в возрасте до 55 лет (женщины) и 60 лет (мужчины) (%)	17,6	34
Длительность заболевания (лет)	9,9±1,4	16,18±16,1
Число эпизодов в прошлом	4,1±3,2	--

Тяжелые депрессивные эпизоды без и с психотическими симптомами (F31.4, F32.3, F33.2 и F31.5, F32.3, F33.3, соответственно) отмечены у 22% ДР. У большинства (74%) пациентов отмечен текущий умеренный или легкий депрессивный эпизод (F31.3, F32.0, F32.1, F33.0 или F33.1). Клиническая оценка депрессий включала: 1) гармоничность депрессивной триады (соответствие выраженности идеаторного, моторного и аффективного ее компонентов), 2) характер преобладающего (не менее 75 % времени наблюдения) депрессивного аффекта в клинической картине: тоскливый, тревожный, апатический, 3) сложность психопатологической структуры в целом. В 43% случаев отмечены относительно кратковременные (3-6 мес.) и структурно простые атипичные апато-адинамические, астенические депрессии. Чаще (65%) представлены хронифицированные (не менее 6 месяцев) дисгармоничные депрессии (до 82%) той же структуры с полиморфными (сенесто-ипохондрическими и фобическими) симптомами. В половине случаев состояния расценивались вра-

чами как дистимия (невротическая депрессия). Психотические депрессии (депрессивно-параноидные состояния) выявлены в 10% случаев. Из чего следует, когорта больных ДР отличалась высоким риском обострений (рецидивов); средним и пожилым возрастом; хронификацией и атипичностью структуры депрессий.

Депрессивные фазы биполярного расстройства, как правило, легкой степени (83%) были более мономорфны и кратковременны – до 4-х месяцев (82%); они отличались также атипичными апато-адинамическими чертами. Психотические формы депрессии составили треть от всех выявленных. В части случаев (7%) отмечены постдепрессивные изменения личности, диагностируемые в ПНД как дистимия («невротическая депрессия»). Распространенность депрессивных расстройств (зарегистрированная в психиатрических службах болезненность) составила 0,015, 0,023 и 0,012 в ПНД Липецкой, Орловской, Тамбовской областях на 10 тыс. населения, соответственно, что в 20-30 раз меньше «актуальной численности» больных ДР, нуждающихся в помощи и указывает на «фильтр» в оказании психиатрической помощи. Диагностическая представленность ДР составила 5,2%, 7,9% и 2,6% в ПНД Липецкой, Орловской, Тамбовской областях соответственно. Можно говорить о низкой выявляемости ДР среди пациентов психиатрических служб при «растворении» их в других нозологических категориях.

За период 2002-2006 отмечено уменьшение доли охвата антидепрессивной фармакотерапией больных ДР с 58-61% до 48-51% ($p=0,09$). Охват лечением за 2005 и 2006 гг. недостоверно вырос: с 38 до 43%, соответственно ($p=0,75$). Опрос более 80% больных ДР, не получающих фармакотерапию в течение года, показал, что не менее 25-30% пациентов ПНД Липецкой, Орловской, Тамбовской областей нуждались в лечении, еще 10-15% – получали ее из альтернативных источников (частные врачи, поликлинические врачи). Видимо, ПНД постепенно утрачивает роль монополиста предоставления психиатрической помощи по мере смягчения обязательного характера ее оказания и насыщения рынка медицинских услуг.

Уровень ежегодной госпитализации (21,7-25%), сходный в изученных ПНД, не изменился за пятилетний период. Госпитализация связана не только с тяжестью ДР: психотической, тревожной или тоскливой депрессией ($r=0,21$), но её хронификацией ($r=0,40$), когда основаниями для направления в больницу становилась «терапевтическая резистентность» ДР. Более 81% госпитализаций больных с ДР объясняются необходимостью «интенсификации» терапии, но не формальными основаниями (опасность для себя и окружающих, неспособность обеспечивать основные жизненные потребности) направления в больницу. В ПБ чаще помещались больные, лечившиеся стационарно в течение последних двух лет ($r=0,44$). В ДС лечились 26-35% пациентов. Основаниями для направления были хронифицированные астенические и тревожно-тоскливые депрессии. За период 2005-2006 гг. не более 3,2% времени приходилось на лечение больных ДР в дневных стационарах (ДС). Большая часть больных (65-69,5%) лечилась амбулаторно, как и пять лет назад (67-72%) и находилась вне стен больницы 98% дней за двухлетний период наблюдения. Спектр назначаемых препаратов, подходы к лечению «эндогенной депрессии», выбор препаратов в различных ЛПУ были сходными, что позволяет привести обобщенные данные. Свыше 80% всех больных лечились ТЦА первого поколения. Амитриптилин занимает лидирующие позиции на всех этапах лечения (>95%). Преобладание в больницах тяжелых психотических и тревожных депрессий оправдывало преимущественное назначение амитриптилина. Однако флуоксетин (единственный в Списке льготных и бесплатных лекарственных препаратов в ПНД в 2005-2006 гг.) применялся в 14% случаев ДР, препараты этого ряда предпочтительны при лечении хронических апатических и астенических депрессий легкой и средней тяжести. Ряд пациентов (16 чел. во всех выборках) лечились мапротилином, коаксилем (приобретались пациентами за свой счет).

При лечении ТЦА важна роль подбора терапевтической дозы. Минимальная терапевтическая доза 150 мг/сутки амитриптилинового эквивалента достигнута у 20-25% стационарных и полустационарных и 25-30% амбулаторных больных аффективными расстройствами (дозировки при ДР и биполярных расстройствах не отличались). Минимальная дозировка формально достигалась применением флуоксетина-акри (отечественный генерик) в дозе 20 мг/сут., более она не повышалась даже при частичном терапевтическом ответе. В 84% случаев дозировки

ТЦА снижены на 25–50% по выписке из ПБ или ДС в ПНД без объяснения причин. На уровне случая ДР возможны вариации терапевтических доз антидепрессанта: больные с легкой степенью депрессии, возможно, нуждаются в меньших дозах антидепрессантов. Субтерапевтические (50–100 мг в сутки амитриптилинового эквивалента у 85% чел.) дозы антидепрессантов оказались адекватными для постпроцессуального состояния.

Длительность непрерывной антидепрессивной терапии у 45,5–62,3% больных аффективными расстройствами не превышала трех месяцев, не более 55% этого времени они лечились эффективными дозами. В 82% случаев терапия флуоксетином продолжалась не более 2-х месяцев, как и антидепрессантами, приобретаемыми за свой счет. Однако больным с тяжелыми, длительными и частыми эпизодами ДР (из них, как показано, и формируется контингент пациентов ПНД) следует лечиться не менее 5 лет, возможно, пожизненно полными дозами эффективного в острой фазе антидепрессанта.

Полипругамазия распространена более чем в 84% случаев в ПБ и в 95% в ДС (дневных стационарах); в 78% в амбулаторных условиях, как правило, при хронифицированных депрессивных состояниях ($r=0,39$). Более 80% пациентов с аффективными расстройствами получали не менее 3–4 психотропных препаратов. В 70–98% случаев больные ДР принимали бензодиазепиновые транквилизаторы на протяжении 3–7 месяцев в неизменных дозах (69,9%) не менее 1,0 лоразепамового эквивалента (11% пациентов принимали бензодиазепины непрерывно свыше года), что не соответствует «ограничительным» рекомендациям ВОЗ и усугубляет симптомы депрессии. В 15–22% случаев ТЦА комбинировались между собой или с антидепрессантами других классов. Сочетание амитриптилина с бензодиазепинами отмечено в 82,4% случаев. 64% пациентов ДР получали нейролептики (до 38% больных в ПБ и ДС и до 62% в амбулаторных условиях), в 85% случаев низкопотентные (сонапакс в 62,3%) в субтерапевтических дозах (≤ 100 мг хлорпромазинового эквивалента) как успокоительные и снотворные. Галоперидол (5–15 мг/сут.) применялся в ПБ при лечении и психотических, и тревожных депрессий, что иногда вызывало трудности отделения ажитации от нейролептических осложнений (акатизия), но вело лишь к росту доз нейролептика и корректоров. Эглонил использован в дозах 100–200 мг/сут. в 12,8% случаев аффективных расстройств как тимоаналептик, но доказательств его прямого антидепрессивного действия нет. Назначение нейролептиков для усиления антидепрессантов ведет к хронизации ДР и усугубляет социальную дезадаптацию; аффективные больные относятся к группе риска развития неврологических осложнений и поздней дискинезии.

Нормотимики (карбамазепин в 96% случаев, в остальных – соли лития) применялись при биполярных расстройствах в 21% случаев, не более трети времени медикаментозного лечения (у 79% больных), без систематического лабораторного мониторинга, но они обязательны у биполярных пациентов как препараты выбора. Нootропы (пирacetam в 84% случаев) получали 17,4% пациентов в различных условиях лечения в дозах до 800 мг в сут. (у 95% пациентов) длительно не более 2 месяцев (86%), в основном в связи с «рассеянностью» и «плохой памятью» пациентов. Различия в частоте назначения этих препаратов в ПНД достигали 3–4 раза, что свидетельствует о неопределенном месте ноотропов в систематическом лечении аффективных расстройств.

Препараты (включая ТЦА в дозировке более 75 мг/сут.) назначались в большинстве (82%) случаев трижды в день без учета периода их полураспада. Парентеральное введение антидепрессантов применялось в ПБ и ДС как средство интенсификации терапии (курс до 10 инъекций) без указания какого-либо эффекта.

Основной целью терапии в различных условиях лечения служила острая (актуальная) депрессивная симптоматика. Полный эффект терапии (интермиссия) достигался в разных условиях не более, чем в 36% случаев, соответственно литературным данным для наиболее тяжелого контингента больных ДР. Не менее половины пациентов выписывались из ПБ и ДС в состоянии частичной ремиссии. При продолжении лечения ТЦА хронифицированных депрессий на передний план выступали апатия и астенические симптомы. В большинстве случаев болезненные симптомы продолжали отмечаться, что не приводило к увеличению доз антидепрессантов (только в единичных случаях это объяснялось плохой переносимостью ТЦА) или замене антидепрессанта. Предикторами эффекта ТЦА стали выраженные (больничные) депрессии ($r=0,62$), на что указывают и литератур-

ные данные, тогда как эффективность определялась более признаками негативной аффективности в клинической картине депрессии ($r=0,14$, $p=0,012$). Вслед за лечением в ПБ и ДС 64% больных не получали (отказывались) дальнейшего лечения, что повышало риск рецидива (обострения) в первые 3–6 месяцев терапии, по сравнению с регулярно принимающими хотя бы субтерапевтические дозы антидепрессантов на 20% и на 45% в течение года ($r=0,578$, $p=0,001$). Уровень рецидивов (обострений) у последних составил 33%. Купирование рецидивов (чаще обострений персистирующей симптоматики) осуществлено в амбулаторных условиях лишь в 19% случаев при повышении дозы ТЦА на 25–50 мг в сут. Повседневное функционирование у большинства пациентов было недостаточным для трудовой деятельности в обычных условиях. Неудовлетворительные клинические и социальные результаты терапии, возможно, отражают тяжесть контингента больных, но резервы лекарственной терапии использованы, как показано, недостаточно.

Стоимостной анализ ДР. При учете усредненных затрат на одного больного ДР (табл. 2) и количества используемых психиатрами пациентов суммарные медицинские затраты на лечение больных ДР в Липецкой, Орловской, Тамбовской областях составили 24.345.456 руб., в России 992.197.784 руб., или 0,003% валового регионального продукта и 0,006% ВВП страны в 2006 г.

Медицинские затраты ДР составили 0,3% консолидированного бюджета здравоохранения и физической культуры страны (как и на лечение эпилепсии). Если расходы на психиатрические службы не превышают 5% бюджета здравоохранения (ЗД), то не более 6,5% психиатрического бюджета уходит на лечение ДР. Четверть (25%) лечащихся в больнице в течение года поглощают диспропорционально большую долю (57–64%) медицинских затрат. Даже однократное больничное лечение в течение года приводило к удорожанию медицинских затрат в 5–6 раз в пересчете на пациента. Большие затраты связаны с хронификацией ДР ($r=0,33$), с последующими госпитализациями ($r=0,58$). Доля затрат (25–33%) на амбулаторную фармакотерапию соответствовала таковой (15–38%) в бюджетах отечественных общемедицинских ЛПУ. Зависимость между медицинскими затратами и достигаемой эффективностью не является прямой. Расходы на антидепрессанты составили 35–47% фармацевтического бюджета, на нейролептики и транквилизаторы в сумме 49–56%. Не более 40–45% из списка применяемых препаратов, на которые пришлось более 90% лекарственных затрат, относится к группе эффективных при ДР. Сокращение затрат на нейролептики и транквилизаторы на 50% позволит высвободить средства для обеспечения флуоксетином 12 чел. на протяжении 12 месяцев или 12,5% получающих лечение больных ДР на участке ПНД. Составные элементы суммарных затрат на больных ДР см. в табл. 2. Сходные значения затрат на одного больного и соотношения прямых и социальных издержек указывают на репрезентативность групп даже при учете различий в стоимостных показателях в отдельных ПНД. Доминирование социальных затрат над медицинскими свойственно большинству психических расстройств. В случае ДР социальные затраты в большей степени определяются временной потерей трудоспособности лиц трудоспособного возраста. 85% покончивших с собой были лицами трудоспособного возраста. Половина из них не принимала лечение в последний месяц, не отмечено самоотравление выписанными препаратами. Уровень преждевременной смертности в связи с суицидами составил 2,7%. Совокупные издержки ДР соответствовали 0,02% регионального валового продукта в регионах и 0,069% ВВП России в 2006 г, что понятно при учете, что основная масса больных ДР (на порядок больше) выявляется вне психиатрических служб.

Таблица 2

Материальные затраты на лиц с депрессивными расстройствами, руб.

Составные элементы	ПНД Липецкой области	ПНД Тамбовской области	ПНД Орловской области
Затраты медицинского характера	360567,7	156824,4	259091,39
Средние затраты медицинского характера на пациента	5496±5992	6472±5577	5785,71±6074
Затраты социального назначения	3387944	1406249	2700696
Общая сумма затрат	3748625	1563232,2	2959789,2
Медицинские / социальные затраты (соотношение)	1:8	1:8	1:10

Для оценки ресурсосберегающего эффекта систематического лечения проведено фармакоэкономическое моделирование пятилетнего поддерживающего лечения рексетином больных с хроническими атипичными ДР, целевой субпопуляции-мишени для назначения этого класса антидепрессантов, наиболее проблематичных в клинико-терапевтическом и экономическом аспектах. Параметром клинической эффективности терапии стала длительность пребывания пациента в ремиссии в днях. Рассмотрены альтернативы терапевтического выбора:

1. Лечение рексетином ТЦА;

2. Продолжение терапии. Выделены 6 состояний, в которых пациент может находиться в каждый из 3-месячных циклов, на которые условно разбит период 5-летнего лечения:

1) успешная амбулаторная терапия Рек в дозах 20–40 мг/сут. У 25% пациентов на фоне Рек в течение года происходил рецидив; 27% самовольно прекращали лечение. В последнем случае у 49% происходил рецидив, в 50% случаев купировавшийся амбулаторно, в 34% в ДС, в 17% в ПБ; 21% пациентов оставались «здоровыми», остальные возвращались к лечению ТЦА и продолжали принимать их оставшееся время;

2) успешная амбулаторная терапия ТЦА (90 дней «без болезни»). У 58% пациентов в течение года произошел рецидив. 33% пациентов в течение года самовольно прекращали прием препарата, у 45% из них происходил рецидив. Переходы в состояния ПБ, ДС, обрыва терапии осуществлялись с теми же частотами, что и при лечении Рек;

3) лечение в ПБ в течение 35 дней (при обрыве терапии на исходных дозах Рек, при рецидиве на фоне лечения (за счет адаптации к Рек) – повышение дозы на 20 мг/сутки) и амбулаторной терапией Рек в полной дозе;

4) лечение в ДС в течение 40 дней (те же подходы к терапии, как при лечении в ПБ) и продолжение терапии Рек;

5) амбулаторное купирование рецидива (те же подходы, как при лечении в ПБ и ДС) предполагало дополнительные 3 визита в ПНД и 47 дней без болезни за цикл;

6) прекращение лечения: состояние больных, самовольно прекративших терапию, но оставшихся в стабилизированном состоянии.

Прогнозируются увеличение медицинских затрат при выборе Рек не менее, чем в 1,5 раза по сравнению с лечением ТЦА (при этом возрастают затраты на поддержание дня ремиссии; меняется структура медрасходов: обеспечение медикаментозного лечения составит 85%, а при лечении ТЦА ≤25%) и выигрыш около 100 дней ремиссии. Преимущество выбора Рек достигается при дозе 20 мг/сут. При суммировании затрат и потерь служб социального обеспечения, уменьшающихся при лечении Рек не менее, чем на 24 тыс.руб./ пациент. Учет социальной перспективы позволяет рассматривать выбор Рек в дозах 20–40 мг/сутки как ресурсосберегающий. Модель устойчива к изменению длительности стационарирования и частоты ежегодных рецидивов при терапии Рек в диапазоне 10–37%, так как основная доля затрат приходится на лекарственное обеспечение, но уровень рецидивирования существенно отражается на лечении ТЦА. Эта тенденция сохранится при различной частоте отсева больных при лечении ТЦА (25–55%). Социальный выигрыш Рек достигается при более высоких показателях валового регионального продукта. Суммарные потери медицинской и социальной систем при лечении Рек 20 мг/сутки ≤12% таковых при лечении ТЦА. Выбор Рек (20–40 мг/сутки) экономически оправдан при доле работоспособных пациентов ≥35%. Ежедневный вклад в ВРП каждого работающего превышает затраты на Рек (20 мг/сутки) в 28 раз. Рост доли работающих на 12% за 5 лет при росте зарплаты на 60% обеспечит приток затрат при лечении Рек (20 мг/сутки) и ТЦА.

Выводы. Сходная в различных психиатрических лечебных учреждениях тактика ведения больных депрессией при аффективных расстройствах характеризуется типичными вариантами неадекватной антидепрессивной фармакотерапии:

А. «Недостаточность лечения» выражалась:

а) несоответствием момента вмешательства (1/3 лиц с ДР, не получали антидепрессанты в течение года, но нуждались в них);

б) в архаичности номенклатуры применяемых антидепрессантов с доминированием классических ТЦА (амитриптилина) по частоте назначения и потреблению в течение года, что не соот-

ветствует доле хронифицированных апатических и астенических депрессий в рамках изучаемых нозологий на участках ПНД;

в) преимущественным применением ТЦА в субтерапевтических дозах, что увеличивает риск обострений или рецидивов с последующими регоспитализациями;

г) кратковременностью курсов антидепрессантов; д) малой долей назначения нормотимиков с отсутствием лабораторного мониторинга при лечении биполярных расстройств.

Б. «Избыточность лечения» проявлялась:

а) клинически неоправданной длительностью лечения транквилизаторами и нейролептиками;

б) распространенностью клинически нецелесообразной полифармации в виде сочетания антидепрессантов, «дублирования» препаратов (сочетание седативных ТЦА с низкпотентными нейролептиками и/или транквилизаторами);

в) назначением субтерапевтических доз ноотропов, место которых в системном лечении депрессии требует уточнения;

г) завышением кратности приема антидепрессантов и клинически неоправданном назначении их инъекционных форм.

Суммарное бремя ДР формируется в основном социальными затратами в связи с временной или длительной утратой трудоспособности больных трудоспособного возраста. Лекарственные затраты занимают подчиненное место в структуре медицинских издержек по отношению к доминирующим больничным. Нерациональные модели фармакотерапии отражаются в затратах на неэффективные и второстепенные психотропные препараты при лечении ДР, составляющих не менее трети медикаментозных, что указывает на резервы реструктуризации фармацевтического бюджета в рамках бюджета психиатрических служб в пользу внедрения антидепрессантов нового поколения. Приближение моделей фармакотерапии к рекомендациям клинических руководств позволит улучшить лечение в психиатрических учреждениях и увеличить охват антидепрессивной терапией нуждающихся в ней, повысить клиническую эффективность лечения, снизить медицинское и социальное бремя ДР.

Новые антидепрессанты, в частности, рексетин, для систематического лечения хронических атипичных ДР клинически и экономически более обоснованы сокращением медицинских (снижение уровня регоспитализаций) и – больше – социальных (улучшение социального функционирования пациентов) затрат.

Литература

1. Huapaya L., Ananth J. // Psychiat. J. of Univers of Ottawa.– 1980.– Vol.5, №1.– P. 58–62.
2. Junior R. F. et al. // General Hospital Psychiatry.– 2000.– Vol. 22.– P. 251–261.
3. Kirk C., Saunders M. // J Psychosom Res.–1997.–Vol.21.– P. 1.
4. Katon W. et al. // Amer. J. Med.– 1982.– № 1.– P. 127–135.
5. Kovess V., Murfy H. // J Nerv Ment Dis.–1987.– №8.– P. 457.
6. Lapiere Y.D. // J. Clin. Psychiatry.– 1983.– Vol. 44, № 8.– Sec.2.– P. 41–44.
7. Lesse S. // J. of Univers. of Ottawa.– 1980.– №4.– P. 268.
8. Lesse S. // Am. J. Psycho-therapy.– 1983.– Vol. 37.– P. 456.
9. Lyketsos C. G. et al. // Psychosom.– 1999.– Vol. 40.– P. 70.
10. Okasha A. et al. // Br. J. Psychiat.– 1985.– № 2.– P. 140.
11. Philips H.C. // Behav. Res. Ther.– 1987.– Vol. 25.– P. 365.

NEW ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGIC AND ECONOMIC USE OF ANTI-DEPRESSANTS IN PSYCHIATRIC HOSPITALS

I.Y. L'VOVITCH, V.A. KUTASHOV

Summary

Discrepancy of expenses for rendering of the specialized help and a cost price of energizers of new generation does not exclude expediency of their application at them clinically and the economically justified choice Use of the given scientific approaches will unequivocally raise pecypcосберегающий potential of antidepressive therapy in psychiatric service.

Key words: epidemiological and economic analysis