

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

С.В. Котов, Ю.А. Белова

**Московский областной научно-исследовательский клинический
институт им. М.Ф. Владимирского**

Эпилепсия (Э.) – это состояние, характеризующееся повторными (два и более) эпилептическими приступами, не спровоцированными какими-либо непосредственными причинами.

Современная медицина достигла значительного прогресса в отношении эпилепсии. Определено, что эпилепсия – неврологическое, а не психиатрическое расстройство. Однако до настоящего времени еще существует стереотип восприятия больных Э. как «ненормальных», психически больных людей. В 1997г Всемирная Организация Здравоохранения, Международная Противозепилептическая Лига (ILAE) и Бюро по эпилепсии объявляют кампанию «эпилепсия из тени» (“Out of shadows – a global campaign”). Она обращена к политическим деятелям, законодателям, органам здравоохранения, медицинским и немедицинским организациям. Задача компании: повышение уровня знаний и понимания Э. в обществе; привлечение внимания органов здравоохранения к проблеме эпилепсии; обеспечение всех потребностей больных, включая образование, обучение, обслуживание [2, 4].

Эпилепсия занимает третье место среди общей заболеваемости после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета и третье место в неврологической заболеваемости – 19,9%. Как и заболеваемость, уровень распространенности широко варьирует – от 1,5 до 31 на 1000 населения. В Московской области распространенность Э. составляет 3,9 на 1000 населения [6]. Исследования по распространенности Э. показывает преобладание парциальных приступов над первично генерализованными у взрослого населения приблизительно 1,5 раза.

Начиная с 70-х годов, введены в клиническую практику высоко эффективные базовые противозепилептические препараты, вальпроат и карбамазепин, и длительные ремиссии при лечении перестали быть исключительным явлением.

Основными вопросами для врачей являются вопросы этиологии, феноменологии, прогноза и лечения эпилепсии. Для больных и их родителей, напротив, основными являются социальные аспекты заболевания. Влияние эпилепсии на социальную активность разнообразно [2]. В то время как некоторые больные эпилепсией практически не имеют никаких социальных проблем, другие – испытывают серьезные проблемы, вследствие которых не могут вести полноценную в социальном смысле жизнь. Кроме того, пациенты, с частыми приступами могут привыкнуть к роли больного и отказаться от ведения полноценной жизни [4]. В последние годы повышение эффективности и качества лечения эпилепсии способствовало увеличению процента больных эпилепсией, поступающих в университеты, и имеющих равные социальные возможности со здоровыми людьми.

Правильно назначенные противосудорожные препараты не вызывают никаких побочных эффектов, которые могут отразиться на качестве трудовой деятельности. Интеркуррентные заболевания, периоды нетрудоспособности, несчастные случаи у больных эпилепсией, находящихся в медикаментозной ремиссии, встречаются не чаще, чем у здоровых людей. Больные эпилепсией должны обеспечиваться тем же медицинским страхованием, как и все другие

сотрудники. Большинство видов деятельности являются приемлемыми для больных эпилепсией (Комиссия по трудоустройству, ILAE, 1989г.).

Таким образом, целью ведения больных является достижение как можно более раннего контроля над приступами [5, 7].

Решение проблемы эффективности лечения напрямую зависит от экономических факторов [8, 9], так как основным требованием является длительное бесперебойное предоставление пациенту эффективного препарата и соответствующих медицинских услуг. Оценка экономической целесообразности может быть получена только на основе определения стоимости лечения эпилепсии в зависимости от количественных показателей эффективности терапии [1, 3].

Цель работы: сравнительная оценка клинической и экономической эффективности лечения больных симптоматической парциальной эпилепсией (СПП), находящихся на исходной терапии, рекомендованной по месту жительства с лечением, оптимизированным epileптологом КДО МОНИКИ.

Материалы: Обследовано 126 больных симптоматической парциальной эпилепсией (СПП), обратившихся к epileптологу КДО МОНИКИ за период ноябрь 2003г. – январь 2005г. Из них 58 мужчин (46%), 68 женщин (54%), в возрасте от 15 до 76 лет, средний возраст составил $32,6 \pm 13,8$ лет. Большинство пациентов - 37,72% страдали эпилепсией от 1года до 5лет (13 – 60 месяцев). Значительное число больных - 26,32% наблюдались у врачей по месту жительства более 10 лет (> 121 месяца). От 5 до 10 лет (61 – 120 месяцев) болели 19,29% обратившихся к epileптологу МОНИКИ. Длительность заболевания до 1 года (до 12 месяцев) выявлена у 16,6% пациентов.

В работе использованы следующие методы: изучение анамнеза (в т.ч. описание приступов), неврологический осмотр; лабораторные обследования: общий анализ крови, свертываемость крови; биохимический анализ крови: трансаминазы (АЛТ, АСТ), щелочная фосфатаза, билирубин; анализ мочи; электрофизиологические (ЭЭГ): комплекс для анализа биопотенциалов мозга 16-ти канальный нейроскоп 416; методы клинико-экономического анализа: анализ приращения эффективности затрат, анализ общей стоимости болезни

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка эффективности исходной терапии и терапии, оптимизированной epileптологом КДО МОНИКИ.

Около половины пациентов исходно получали терапию противозепилептическими препаратами первой очереди выбора (ПЭП1). Однако, большинство - 29,06% - принимали их в неадекватной дозе (менее 5 мг/кг). Адекватно лечилось ПЭП 1 лишь 17,95%. Препараты второй очереди выбора (ПЭП 2) (фенобарбитал, бензонал) получали 8,55% больных. Терапию двумя препаратами, ПЭП 1 и ПЭП 2 в различных сочетаниях - 17,95%. На терапии 3 и более препаратами находились 9,4% больных. Значительное число пациентов - 17,09% не получали противозепилептическую терапию, так как диагноз Э. не был установлен.

Эффективность противозепилептической терапии оценивалась клинически, как снижение количества и тяжести приступов. Исходная терапия была неэффективна в 75,22% случаев. Уменьшение числа приступов в 2 и более раз удалось достигнуть в 15,93%. Медикаментозная ремиссия была достигнута у 8,84% пациентов.

Пациентам, обратившимся к epileптологу КДО МОНИКИ, проводился подбор адекватной дозы противозепилептических препаратов.

Адекватную монотерапию противозепилептическими препаратами первой очереди выбора удалось подобрать 70,94% пациентов. В 11,97% случаев к ПЭП 1 был добавлен новый противозепилептический препарат (топамакс). Сочетать лечение ПЭП 1 (адекватной дозы) с ПЭП 2 оказалось возможным у 8,55%

больных, с планируемой постепенной отменой ПЭП 2. На монотерапии ПЭП нового поколения (топамакс) находятся 2,56% пациентов. В 5,98% случаев производилась постепенная замена одного противоэпилептического препарата 1 ряда выбора на другой ПЭП 1.

Предложенная новая схема лечения, позволила увеличить эффективность медикаментозного ведения больных СПП. Снижение приступов от 75 до 100% удалось достичь в 79,68% случаев. В два раза реже приступы стали возникать у 9,37% пациентов. Терапия оказалась неэффективна у 10,93%; по нашим наблюдениям, в каждом третьем случае - это относительная резистентность (нарушение схемы приема ПЭП больными, по различным причинам).

Анализ общей стоимости болезни.

Использовалась формула,

$COI = DC + IC$, где

COI – показатель стоимости болезни.

DC (прямые затраты) – затраты, в течении 12 месяцев, на медицинские услуги (врачебные консультации, лекарственные средства, лабораторные и инструментальные обследования).

IC (косвенные затраты) – связаны с нетрудоспособностью пациента в связи с заболеванием или же с производственными потерями, которые несут ухаживающие за пациентом члены семьи и его друзья. С точки зрения расчета тарифов на медицинскую помощь этот дополнительный показатель не будет играть существенную роль [8].

Таблица 1. Стоимость медицинского обследования и лечения пациентов СПП. (Средняя стоимость медицинских услуг на 01.2005г.)

Медицинские услуги	Кратность выполнения в течение 12 месяцев	Стоимость, руб. за 12 месяцев
Конс. врача – эпилептолога	4	1 124,0
РКТ головного мозга	1	1 097,0
МРТ головного мозга	1	3 033,0
ЭЭГ	1	1 108,0
Анализы (clin. ан. крови, clin. ан. мочи, АЛТ, АСТ, ЩФ + забор крови из пальца и вены)	1	324,0
Терапия Финлепсином		6 674,4
Терапия Депакином		18 574,8

Современные стандарты ведения больных эпилепсией, разработанные Всемирной Противозепилептической Лигой (1997г.) предусматривают использование Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (1989г.). В качестве основы постановки диагноза и выбора тактики лечения, особое внимание обращено на тщательный сбор анамнеза с описанием деталей припадка, проведенной терапии, ее эффективности, выявление неврологических и психиатрических нарушений. Среднее количество консультаций (4) врача – эпилептолога в течение 12мес – оптимально для диагностики СПП, подбора противозепилептической терапии в адекватной дозе. РКТ головного мозга в настоящее время признается адекватной только для выявления опухолей и кальцинатов. МРТ головного мозга – метод выбора, показан всем больным парциальной эпилепсией. Приблизительно у половины больных парциальной эпилепсией в межприступном периоде регистрируется нормальная ЭЭГ [17] (кратность выполнения в течение 12 мес. – 1). Основным критерием эффективности проводимой терапии является частота и тяжесть эпилептических приступов. Гематологические, биохимические анализы крови, клинический анализ мочи (в среднем выполняется однократно в теч. 12 мес.) необходимы для выявления побочных эффектов проводимой противозепилептической терапии. Определена средняя стоимость терапии в

средней терапевтической дозе финлепсином (ф) – 6 674,4 руб., депакином (д) – 18 574,8 руб.

Анализ общей стоимости болезни (диагностика и лечение в теч. 12 мес.).

Эпилепсия – заболевание, диагностика которого и ведение пациентов осуществляется амбулаторно. Поэтому в качестве дополнительных (косвенных) затрат в этой работе рассматривались: плановые пребывания больного в стационаре («поддерживающая терапия»), оказание мед. помощи на дому, дополнительные врачебные консультации и ЭЭГ – контроль для «оценки эффективности терапии». Косвенные затраты, связанные с физическим, психологическим, социальным функционированием больного и его родственников в настоящем исследовании не обсуждалось. Пациенты, обратившиеся к эпилептологу КДО МОНИКИ, в качестве медицинской документации представляли данные РКТ и МРТ головного мозга, ЭЭГ, выполненные в разные периоды, и в стоимость медицинской помощи на данном этапе исследования не включались.

Таблица 2. Средняя стоимость медицинской помощи больным СПП (за период наблюдения по месту жительства в теч. 12 мес. и затем в теч. следующих 12 мес. наблюдения эпилептологом КДО)

Исходная терапия	Стоим. мед. помощи, руб.	Терапия, реком. эпилептологом КДО	Стоим. мед. помощи, руб.	результаты
ПЭП1(ф) неадекват	4 674,9	ПЭП1(ф)адекват	9 031,7	CERincer=58,1 руб/ед.эф.
ПЭП1(д) неадекват.	11 030,8	ПЭП1(д)адекват	28 068,9	CERincer=227,2 руб/ед.эф.
ПЭП1(ф) адекват	17 888,7	ПЭП1(ф)адекват+ новый ПЭП	34 066,9	CERincer=231,1 руб/ед.эф.
ПЭП2	12 763,3	ПЭП1адекват	12 638,0	Экономия 125,3 руб/за12мес
Без лечения	11 654,5	ПЭП1адекват	7 350,0	Экономия 4 304,4 руб/за12мес
Среднее значение, руб.	11 602,4±472,9		18 231,1±12 060,9	

Исходно на медицинскую помощь в течение 12 месяцев на одного пациента в зависимости от получаемого ПЭП было затрачено от 4 674,9 до 17 888,7 руб. (в среднем 11 602,4±472,9 руб.). Для того, чтобы перевести пациента на эффективную терапию противосеипептическими препаратами первой очереди выбора с исходной неадекватной терапии ПЭП 1, необходимо в среднем дополнительно затратить в год 58,1 рублей (на терапии финлепсином) и 227,2 рублей (на терапии депакином) на одну дополнительную единицу эффективности для достижения уменьшения тяжести и частоты приступов в два и более раз (здесь и далее единица эффективности – снижение частоты приступов на 1%). То есть, если исходная терапия способствовала снижению приступов на 25%, то для того чтобы добиться 100% эффективности, дозу препарата необходимо увеличить. При этом дополнительно за год будет израсходовано на одного пациента в среднем 58,1 рублей (227,9 рублей) на одну дополнительную единицу эффективности: $100\% - 25\% = 75\%$; $75 \cdot 58,1$ (227,9) = 4 356,8 (17 092,5) рублей - в год необходимо дополнительно затратить, чтобы добиться медикаментозной ремиссии у одного больного СПП. Дополнительно затратить в среднем 231 рубль в год на одну дополнительную единицу эффективности пришлось при добавлении к лечению нового противосеипептического препарата (топамакс). При этом доза ПЭП первой очереди выбора уменьшалась, а частота приступов сократилась от 50 до 100%.

При переводе пациентов с ПЭП 2 на ПЭП 1 в адекватной дозе в среднем экономится 125,3 рубля на медицинскую помощь одному пациенту в год. Затраты на медицинскую помощь больным СПП, не получающим противоэпилептического лечения, больше, чем при назначении адекватной дозой ПЭП первой очереди выбора. В среднем экономия составила до 4 304,44 рублей в год на одного пациента. Таким образом, отсутствие терапии Э. отзывается более дорогостоящим обществом, чем ее адекватное лечение.

Выводы

Исходная терапия проводилась неадекватными дозами ПЭП первой очереди выбора у 29,9% пациентов; два ПЭП получали 17,95% больных; без лечения оставалось 17,09%; терапия тремя и более ПЭП проводилась у 9,4% пациентов; ПЭП второй очереди выбора – у 8,55%. Адекватную исходную терапию получало лишь 17,95% больных, в 75,22% случаях она была неэффективна. Стоимость исходной терапии составила в среднем на одного пациента 11 084,0 ± 6 809,8 руб. в год. Учитывая ее неэффективность, можно заключить о бесполезности затрат на лечение у 75% больных.

Оптимизированная терапия оказалась эффективной в 89,05% случаев (в 79,68% - частота приступов снизилась на 75 – 100% и в 9,37% - частота приступов уменьшилась на 50 - 74%), что, несомненно, ведет к улучшению качества жизни пациентов и их родственников. Стоимость годичного ведения одного больного СПП после оптимизации терапии составила 12,3 - 24,2 тыс. руб. в зависимости от выбора ПЭП.

В результате оптимизации ведения больных СПП произошло существенное снижение расходов на оказываемую медицинскую помощь с одновременным увеличением расходов на ПЭП. При сокращении расходов на стационарное лечение и медицинскую помощь, оказываемую амбулаторно и на дому, затраты уменьшились в среднем на одного пациента, исходно не получавшего противоэпилептическую терапию, на 4,3 тыс. руб. в год. Стоимость одной дополнительной единицы эффективности терапии при переводе больных на ПЭП первой очереди выбора составила от 58,1 до 227,2 руб. в год на одного пациента, при использовании ПЭП нового поколения – дополнительно 231,1 руб. в год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Э. Беги, М.Л. Монтичелли. Социальные аспекты эпилепсии. /Диагностика и лечение эпилепсий у детей. – М. – Можайск-Терра – 1997г.- С. 656.
2. П.Н. Власов. Некоторые практические аспекты терапии эпилепсии у взрослых. /Consilium – Medicum. - 2004г. - Том 06 - №2.
3. П.А. Воробьев и др. Клинико-экономический анализ. - М.- "Ньюдиамед." – 2004г. – С.135, 198-200, 202-218, 223.
4. С.А. Громов О некоторых медико-социальных аспектах лечения эпилепсии препаратами нового поколения с учетом их стоимости. /Журн. Неврологии и психиатрии. – 2001г. - №8 – С.59.
5. Л.Р.Зенков. Причины безуспешности лечения эпилепсии и пути ее преодоления. /Восточно-Европейская конференция «Эпилепсия и клиническая нейрофизиология». – Ялта-Гурзуф - 1999г. – С.56-57.
6. А.С. Котов, Е.К. Волкова, А.И. Зюкин, А.Б. Гехт, С.В. Котов. Эпидемиологические показатели эпилепсии в Наро-фоминском районе Московской области. /Вестник практической неврологии. - 2003г. -№7 - С.81-84.
7. К.Ю.Мухин, А.С. Петрухин, М.Б. Миронов. Клиническая эффективность и переносимость топамакса при комбинированной терапии эпилепсии. /Журн. неврол. и психиатр. – 2003г. - №3 – С.28.
8. M.J. Postma. Pharmacoeconomic research. Pharm Word Sci 2003; 25(6): 245-246.
9. T. Walley. Pharmacoeconomics for migraine and headache researchers: basic concepts, methods and terminology. J Headache Pain, 2004.