

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАТРАТ НА АТИПИЧНЫЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. В. Рудакова

*Военно-медицинская академия*

В настоящее время все большее внимание уделяется эффективности затрат на лекарственные средства. Весьма важным этот аспект является и в отношении такого социально значимого заболевания, как шизофрения. Объясняется это как прогрессом, достигнутым вследствие введения в клиническую практику атипичных нейролептиков, так и их значительно более высокой стоимостью по сравнению с традиционной терапией (1).

При этом необходимо учитывать тот факт, что для получения адекватного результата фармакоэкономический анализ должен базироваться на данных по клинической эффективности и переносимости, полученных в ходе клинических испытаний с надежным дизайном. В противном случае полученные результаты будут отражать лишь изменения в текущей клинической практике, характерной для того или иного учреждения, и вследствие этого, обобщаемость их будет крайне мала.

Зарубежные исследования по оценке эффективности затрат на атипичные нейролептики весьма многочисленны. Однако обзор соответствующих публикаций показал, что однозначный ответ, касающийся преимуществ одного из двух наиболее широко используемых препаратов – оланзапина или рисперидона – невозможен (6). Ряд публикаций показал преимущества оланзапина (10), другие исследования – рисперидона (7, 12).

Ситуация осложняется тем, что в отличие от данных по клинической эффективности и переносимости, которые могут использоваться независимо от того, в какой стране они получены, результаты анализа эффективности затрат, проведенного за рубежом, не могут быть использованы в отечественной практике. Объясняется это и различиями в методике ведения пациентов, и разницей в стоимости препаратов. Один из наиболее значимых факторов – значительно более низкая стоимость койко-дня в отечественных стационарах, что влечет за собой резкое увеличение доли затрат на медикаменты в общих затратах на лечение, а вследствие этого – тенденцию к увеличению длительности госпитализации при использовании более дешевых (зачастую

менее эффективных и хуже переносимых) лекарственных средств.

В связи с этим нами предпринята попытка оценить эффективность затрат на оланзапин и рисперидон в системе медицинской службы МО РФ.

В качестве основы при проведении анализа нами была использована марковская модель, разработанная английскими специалистами (2). Терапию начинали с одного из атипичных нейролептиков – оланзапина или рисперидона. В случае рецидива или при незавершенной попытке суицида пациента госпитализировали. Часть пациентов отказывалась от начальной терапии, и в этом случае они или переходили на альтернативный препарат, или переставали получать нейролептики вообще.

Модель была модифицирована в соответствии с полученными позднее данными. В частности, снижение длительности госпитализации при использовании оланзапина на 32% и снижение частоты госпитализации при применении оланзапина по сравнению с рисперидоном в течение первого года терапии (14,4% по сравнению с 24,1%) соответствуют результатам проспективного наблюдательного исследования, проведенного в США (3), частота отказа от приема препаратов (33% для оланзапина и 42% для рисперидона) – результатам мета-анализа 4-х рандомизированных испытаний (11), частота перехода с рисперидона на оланзапин (27,5%) – результатам многоцентрового итальянского ретроспективного наблюдательного исследования (9).

Предполагали, что частота отказа от приема атипичных антипсихотических препаратов в обоих случаях одинакова. В связи с этим расчетная частота перехода с оланзапина на рисперидон составила 16,8%. Таким образом, в соответствии с использованной моделью, 65% пациентов из отказавшихся от приема рисперидона переходили на оланзапин, обратный переход отмечался в 51% случаев. Это согласуется с результатами исследования F.Pelagotti с соавт. (9), показавшего более низкую вероятность перехода с оланзапина на рисперидон.

Длительность модельного исследования – 3 года. Длительность цикла – 3 месяца. Стоимость препара-

тов соответствовала средневзвешенной оптовой стоимости на 10.01.2005 в Санкт-Петербурге. Стоимость лечения дисконтировали на 3% в год. Интенсивности перехода из одного состояния в другое представлены в таблице, модель терапии – на рисунке.

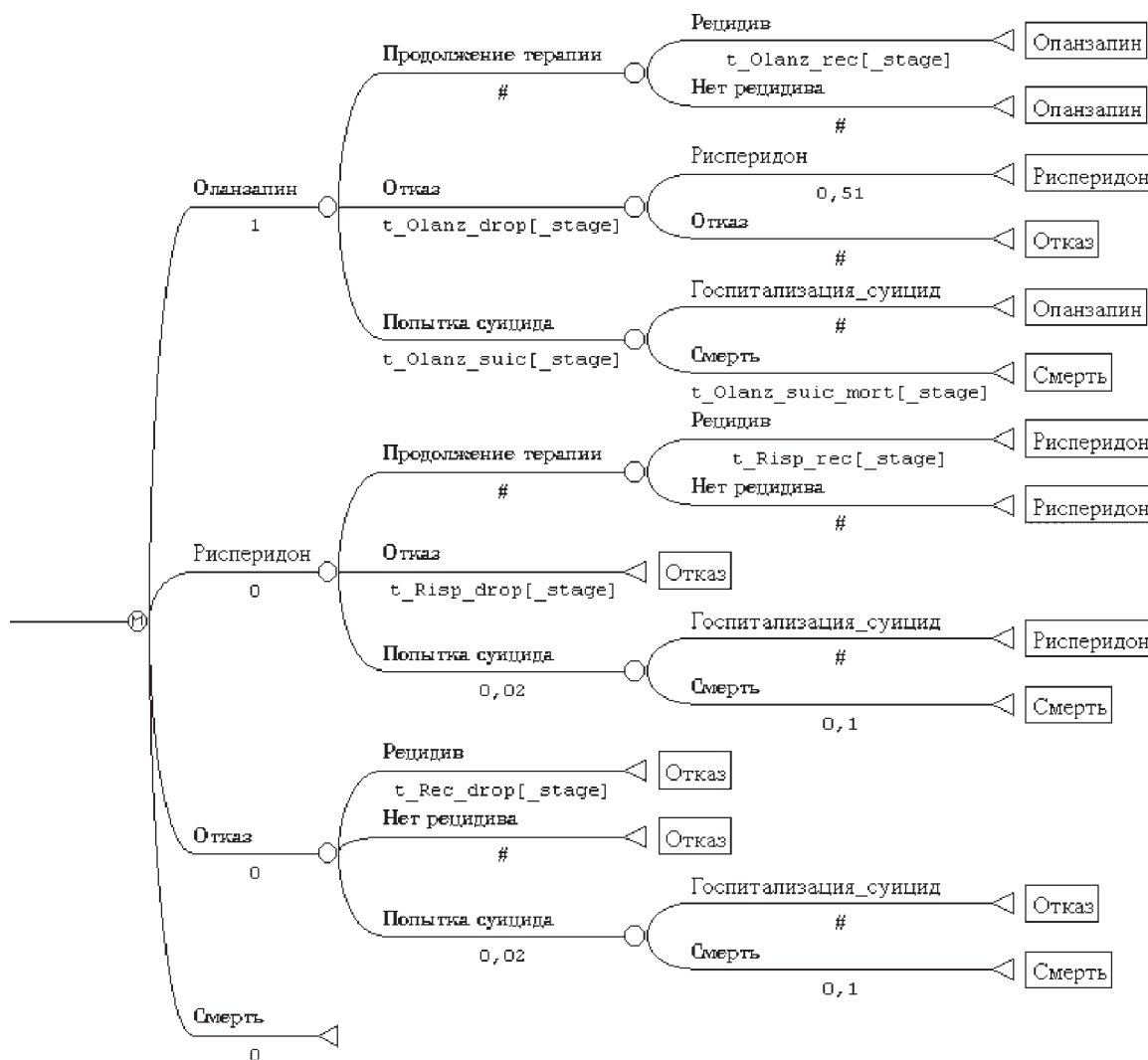
В соответствии с разработанной моделью, через 3 года терапии в группе оланзапина более половины (56,8%) пациентов продолжают получать данный препарат, 16,3% переходят на прием рисперидона, 24,5% отказываются от терапии антипсихотическими препаратами. В группе рисперидона данный препарат продолжают получать 46,6% пациентов, 26,6% переходят на оланзапин, отказываются от терапии 24,5%. В обеих группах 2,4% пациентов умирают после попытки суицида.

Анализ показал, что общая стоимость лечения за 3 года при использовании оланзапина и рисперидона практически одинакова (144 063 руб. в первом случае, 140 211 руб. – во втором). Таким образом, проведенный анализ явился еще одной иллюстрацией того положения, что стоимость терапии первой линии – отнюдь не единственный фактор, влияющий на эффективность затрат. Различия в значительной мере нивелируются за счет снижения частоты и длительности госпитализации.

Ранее практически одинаковая стоимость лечения рисперидоном и оланзапином при некотором улучшении клинических исходов в последнем случае была продемонстрирована и рядом зарубежных авторов (2, 8, 13).

Помимо снижения частоты и длительности госпитализации, а также частоты попыток суицида при назначении оланзапина по сравнению с рисперидоном, необходимо отметить значительное уменьшение частоты назначения в первом случае антихолинэргических препаратов и типичных антипсихотиков (4, 13). Ряд авторов отмечает повышение качества жизни при использовании оланзапина по сравнению с рисперидоном (5).

Таким образом, очевидно, что использование оланзапина в качестве терапии первой линии у пациентов с шизофренией оправдано не только с клинической точки зрения, но и с позиций необходимости обеспечения достаточно высокой эффективности



Марковская модель ведения пациента с шизофренией (вариант с начальной терапией оланзапином)

### Параметры Марковской модели шизофрении

Параметр	Оланзапин (Зипрекса) (10 мг/сутки)	Рisperидон (Рисполепт) (6 мг/сутки)	Без терапии
Частота рецидивов в расчете на 1 цикл			
Цикл 1	0,023	0,041	0,495
Цикл 2	0,026	0,043	0,063
Циклы 3–4	0,026	0,043	0,0315
Циклы 5–8	0,0235	0,0235	0,0225
Циклы 9–12	0,0235	0,0235	0,0223
Частота отказов от терапии в течение 1 цикла			
Цикл 1	0,172	0,241	-
Цикл 2	0,083	0,100	-
Цикл 3	0,043	0,045	-
Цикл 4	0,032	0,034	-
Циклы 5–12	0	0	-
Частота попыток суицида в течение 1 цикла			
Цикл 1	0,02	0,02	0,02
Цикл 2–12	0,01	0,02	0,02
Частота завершенных попыток суицида в течение 1 цикла	0,002	0,002	0,002
Длительность госпитализации при терапии рецидива или попытке суицида	40	60	60
Стоимость 1 дня пребывания в стационаре, руб.	800	800	800
Стоимость препарата, руб./мес.	5 355	4 416	-

ности затрат. Безусловно, в дальнейшем необходим анализ эффективности затрат на атипичные нейролептики в отдельных субпопуляциях пациентов, в

том числе, с учетом отечественных сравнительных данных по эффективности и переносимости препаратов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.
2. Almond S., O'Donnell O. Cost analysis of the treatment of schizophrenia in the UK // *Pharmacoeconomics*. – 2000. – Vol. 17, Suppl. 4. – P. 383–389.
3. Ascher-Svanum H., Zhu B., Faries D., Ernst F. A comparison of olanzapine and risperidone on the risk of psychiatric hospitalization in the naturalistic treatment of patients with schizophrenia // *Ann. Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 3, Suppl.1. – P. 11.
4. Carlson C.D., Cavazzoni P.A., Berg P.H. et al. An integrated analysis of acute treatment-emergent extrapyramidal syndrome in patients with schizophrenia during olanzapine clinical trials: comparisons with placebo, haloperidol, risperidone, or clozapine // *J. Clin. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 64, Suppl. 8. – P. 898–906.
5. Gureje O., Miles W., Keks N. et al. Olanzapine vs risperidone in the management of schizophrenia: a randomized double-blind trial in Australia and New Zealand // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 61, Suppl. (2–3). – P. 303–314.
6. Liu G.C. Cost comparisons of olanzapine and risperidone in treating schizophrenia // *Ann. Pharmacother.* – 2004. – Vol. 38, Suppl. 1. – P. 134–141.
7. Lucey J.V., Libretto S.E. Risperidone compared with olanzapine in a naturalistic clinical study in Ireland: a cost analysis // *Ir. J. Med. Sci.* – 2003. – Vol. 172, Suppl. 4. – P. 195–201.
8. Palmer C.S., Brunner E., Ruiz-Flores L.G. et al. A cost-effectiveness clinical decision analysis model for treatment of schizophrenia // *Arch. Med. Res.* – 2002. – Vol. 33, Suppl. 6. – P. 572–580.
9. Pelagotti F., Santarlasci B., Vacca F. et al. Dropout rates with olanzapine or risperidone: a multi-centre observational study // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* – 2004. – Vol. 59, Suppl. 12. – P. 905–909.
10. Rascati K.L., Johnsrud M.T., Crismon M.L. et al. Olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia: a comparison of costs among Texas Medicaid recipients // *Pharmacoeconomics*. – 2003. – Vol. 21, Suppl. 10. – P. 683–697.
11. Santarlasci B. Clinical trial response and dropout rates with olanzapine versus risperidone // *The Annals of Pharmacotherapy*. – 2003. – Vol. 37, Suppl. 4. – P. 556–563.
12. Vera-Llonch M., Delea T.E., Richardson E. et al. Outcomes and costs of risperidone versus olanzapine in patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorders: a Markov model // *Value Health*. – 2004. – Vol. 7, Suppl. 5. – P. 569–584.
13. Zhao Z., Namjoshi M., Barber B.L. et al. Economic outcomes associated with switching individuals with schizophrenia between risperidone and olanzapine: findings from a large US claims database // *CNS Drugs*. – 2004. – Vol. 18, Suppl. 3. – P. 157–164.

### COST EFFECTIVENESS OF USING ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS FOR THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

A. V. Rudakova

The author takes an effort to estimate the cost effectiveness of treatment with olanzapine and risperidone in the medical service of the Ministry of Defense of the Russian Federation. The analysis is based on the Markov model developed by British specialists.

With the use of olanzapine, the length of stay in the hospital is expected to drop by 32% and as for frequency of hospitalizations, they are expected to decrease on olanzapine treatment in the first year, in comparison with risperidone treatment (14,4% and 24,1%, respectively). Frequency of

refusing the drug: 33% for olanzapine and 42% for risperidone. Frequency of switching from risperidone to olanzapine is 27,5%. The investigation has been performed for 3 years; the duration of one phase is 3 months. The cost of medication is presented in roubles 2005. The investigation shows that total costs of treatment during 3 years were almost the same for risperidone and olanzapine (respectively 144.063 and 140.211 roubles).

Thus, the use of olanzapine as a first-line medication is justified for patients with schizophrenia, both in clinical and pharmacoeconomic sense.