Фармакоэкономические аспекты мигрени

Д.м.н., доц. А.Б. ДАНИЛОВ[1], д.ф.н., проф. Г.Т. ГЛЕМБОЦКАЯ, асп. О.В. КОЗУБ[2]

Pharmacoeconomic aspects of migraine

A.B. DANILOV, G.T. GLEMBOTSKAYA, O.V. KOZUB

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Ключевые слова: *фармакоэкономика, мигрень.*

Key words: *pharmacoeconomics, migraine.*

Головная боль входит в число десяти ведущих причин утраты трудоспособности в странах Европы. По данным ВОЗ, экономические затраты, связанные с различными видами головной боли, составляют около 5 млрд евро в год, из которых на мигрень приходится 2,25 млрд евро [18]. По данным Европейского альянса головной боли (European Headache Alliance) приблизительно 27 млрд евро составляют суммарные ежегодные экономические потери стран Европейского союза в результате пропущенных рабочих дней и снижения трудоспособности по причине мигрени.

Мигрень — хроническое заболевание, основным проявлением которого является приступ головной боли, соответствующий диагностическим критериям Международного общества по изучению головной боли (IHS). Заболевание проявляется приступами умеренной и сильной пульсирующей головной боли, обычно односторонней, продолжительностью от 4 до 72 ч, которая сопровождается тошнотой, рвотой, непереносимостью света (фотофобия) и звука (фонофобия). Распространенность мигрени в популяции составляет в среднем 12%, хотя бы один раз в жизни мигренозный приступ переносят 25% женщин и 8% мужчин [2, 9].

Мигрень приводит к тяжелым физическим страданиям, значительному снижению качества жизни, пропуску рабочих дней и снижению трудоспособности, а также отрицательно отражается как на общественной, так и семейной жизни пациента [6, 7, 9, 12, 14, 15]. Мигрень наиболее часто поражает людей трудоспособного возраста (пик распространенности — от 25 до 55 лет) [16]. Частота развития приступов мигрени — от 1—2 раз в неделю до 1—2 раз в год. Более чем у половины больных приступ развивается не реже 1 раза в месяц. Средняя частота приступов среди населения — 24 приступа в год [14].

Влияние мигрени на состояние больного варьирует в зависимости от интенсивности сопутствующих симптомов и частоты приступов. Ведущим фактором является интенсивный болевой синдром, однако мигрень сопровождается еще и сопутствующими симптомами, которые также существенно отражаются на работоспособности. 80% пациентов испытывают очень сильные и тяжелые боли [11], 75% — тошноту, фото- и фонофобию [12], более 70% — нуждаются в постельном режиме [7].

Мигрень оказывает негативное влияние на повседневную жизнь пациента в межприступный период вследствие возникновения тревожного состояния перед следующим приступом. Более 75% пациентов считают, что их повседневная активность ограничена из-за мигрени. У половины пациентов мигрень оказывает неблагоприятное влияние на семейную и общественную жизнь, у каждого 7-го — на трудовую деятельность [15].

Наиболее распространенный способ лечения приступов мигрени — медикаментозная терапия. Купирование приступов включает специфическую и неспецифическую терапию. Неспецифическая терапия заключается в назначении болеутоляющих средств, к которым относятся анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Специфическое лечение подразумевает возможность использования ряда препаратов, способных прекратить развитие приступа без прямого аналгезирующего действия [4, 8]. Такими препаратами являются α-адреноблокаторы (эрготамин, дигидроэрготамин), которые редко назначаются из-за выраженных побочных эффектов, и агонисты 5-НТ рецепторов (элетриптан, суматриптан, золмитриптан, наратриптан) — более селективные препараты с менее выраженными побочными эффектами (см. таблицу).

Существует два принципа купирования приступа мигрени — поэтапная стратегия лечения (терапию начинают с простой комбинации анальгетиков и при необходимости расширяют до триптанов) и стратифицированный комплексный подход [4]. В основе стратифицированного подхода лежит оценка влияния мигрени на повседневную активность пациента с помощью шкалы MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale). В зависимости от ответов на 5 простых вопросов о потерях времени из-за головной боли в трех основных сферах жизни (учеба и трудовая деятельность, работа по дому и семейная жизнь, спортивная или

© Коллектив авторов, 2011

Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2011;111:4:79

[1]e-mail: adanil.macademy@mail.ru
[2]e-mail: kozub@paininfo.ru

Лекарственные препараты, применяемые для купирования приступа мигрени

Фармакологическая группа	Механизм действия	Международное непатентованное наименование	Торговое название
Триптаны	Сужение чрезмерно расширенных сосудов мозга и мозговой оболочки и предупреждение нейрогенного асептического воспаления	Элетриптан	Релпакс
		Наратриптан	Нарамиг
		Золмитриптан	Зомиг
		Суматриптан	Амигренин, Имигран
Алкалоиды спорыньи		Эрготамин+кофеин+дименгидринат	Синкаптон
		Кофеин+эрготамин	Кофетамин
Противорвотные средства	Подавление тошноты и рвоты	Метоклопрамид	Церукал, перинорм
		Домперидон	Мотилиум, мотилак
НПВС	Обезболивание	Ацетилсалициловая кислота	Аспирин, ацетилсалициловая кислота
		Ибупрофен	Нурофен, МИГ 400, ибупрофен
Комбинированные анальгетики	Обезболивание, сужение сосудов, седация	Анальгин+амидопирин+кодеин+кофеин +фенобарбитал	Пенталгин
		Парацетамол+анальгин+кофеин+фенобарбитал+кодеин	Седальгин-нео
		Кодеин+пропифеназон+парацетамол +кофеин	Каффетин

общественная активность), определяется степень тяжести мигрени. Шкала MIDAS позволяет подразделить пациентов на четыре группы, где группа I соответствует минимальному нарушению повседневной активности и слабой интенсивности головной боли, а группа IV — тяжелой степени дезадаптации и выраженной головной боли [1], при этом для каждой группы предлагаются свои лекарственные препараты.

Преимуществом стратифицированного подхода является возможность количественной оценки тяжести приступа, на основании чего возможно сформировать тактику лечения. Эффективность применения такого подхода в амбулаторной практике основывается на сокращении времени индивидуального подбора медикаментов и ограничении применения агонистов 5-НТ рецепторов, показанием к назначению которых является выраженная степень дезадаптации, тогда как в легких случаях достаточно эффективными оказываются НПВС [4, 17].

Комплексный подход к оценке целесообразности применения определенных тактик фармакотерапии предполагает взаимосвязанную оценку результатов и стоимости лечения [3]. При оценке стоимости мигрени необходимо изучить все затраты, связанные с ведением больных, а также потерей трудоспособности, т.е. рассчитать прямые (стоимость амбулаторно-поликлинического лечения — визиты к врачам, консультации, стоимость лекарств и другие расходы), непрямые (потери стоимости несозданной продукции за время невыхода на работу; экономические потери от снижения производительности на месте работы; выплата по листку временной нетрудоспособности) и неосязаемые (связанные с болью, страданиями, дискомфортом) затраты.

Из-за трудностей с точным количественным измерением в денежном выражении на сегодняшний день неосязаемые затраты обычно остаются за рамками выполняемого анализа. Непрямые затраты зачастую превышают стоимость самого лечения. Так, ежегодные затраты системы здравоохранения Великобритании на лечение мигрени составляют порядка 150 млн евро в год, включая в большей степени затраты на прописанные препараты и визиты к врачам общей практики, при этом потери из-за отсутствия на работе по причине мигрени составляют 2,25 млрд евро в год [14]. Необходимо отметить, что и эти подсчеты не полностью отражают ущерб, нанесенный мигренью, так как не учитывают потери при снижении продуктивности, если человек переживает приступ головной боли на рабочем месте.

Исследование стоимости лечения может проводиться на уровне как государства или общества в целом, так и пациента. В крупномасштабном европейском исследовании была проведена сравнительная оценка затрат на одного больного среди наиболее распространенных заболеваний головного мозга. Затраты на лечение одного пациента с мигренью составили около 600 евро в год, что в 70 раз меньше, чем на больного с опухолью головного мозга и в 30 раз меньше, чем при инсульте. Но при суммарной оценке стоимости заболевания для стран Европейского союза мигрень оказалась самым дорогостоящим заболеванием среди всех болезней головного мозга [5].

Ряд исследований был проведен для количественного сравнения затрат при использовании поэтапного и стратифицированного методов лечения. В исследовании, проведенном в Бразилии, сравнивали предполагаемые ежегодные затраты при использовании неспецифических препаратов для купирования приступов мигрени и фармакотерапии триптанами с применением стратифицированного подхода [6]. Для расчета ежегодных затрат на лечение использовали данные о необходимом количестве и стоимости консультаций специалиста, затраты на профилактику и купирование приступов мигрени. Модель лечения с применением триптанов показала снижение затрат бюджета здравоохранения на 6,2%.

Для клинико-экономического анализа, при котором проводят сравнительную оценку результатов и затрат для двух тактик лечения и более, эффективность которых различна, а результаты измеряются в одних и тех же едини-

цах, используют метод анализа «затраты-эффективность». Применяя этот метод, в американском крупномасштабном рандомизированном контролируемом исследовании, включившем 835 пациентов, сравнили стратифицированную стратегию лечения и две поэтапные стратегии (первая основана на предотвращении приступа мигрени путем раннего приема препарата, вторая — на фармакотерапии в течение приступа) [13]. В качестве параметра эффективности было выбрано снижение нарушения продуктивности в течение приступа мигрени. Анализ затрат и эффективности показал, что стратифицированное лечение было связано с более высокими затратами на фармакотерапию (241% стоимости поэтапного лечения предотвращения приступов, 122% стоимости поэтапного лечения в течение приступа), но меньшим нарушением продуктивности (78 и 88% соответственно). Так как затраты при потере продуктивности в 4 раза превысили стоимость лечения, общие затраты при применении стратифицированного подхода к лечению оказались значительно ниже, чем в двух группах поэтапного лечения.

При оценке стратегии лечения с применением триптанов в другом исследовании в качестве параметра эффективности было принято число визитов к врачу и вызовов бригады скорой помощи, связанных с приступом мигрени [10]. У 264 пациентов 6-месячные затраты на триптаны увеличились на 19%, но связанные с головной болью визиты к врачу и вызовы скорой помощи были снижены на 32 и 49% соответственно. В результате дальнейших расчетов было выявлено, что экономия при использовании терапии с применением триптанов составляет 18 757 $, несмотря на высокую стоимость лекарственных препаратов этой группы. Таким образом, применение триптанов позволяет снизить и прямые затраты здравоохранения на лечение путем уменьшения количества визитов пациентов к врачу.

Фармакоэкономические исследования специфичны для каждой страны, что делает невозможным перенос данных зарубежных исследований на российскую систему здравоохранения. Это обусловлено различиями между странами в эпидемиологии заболеваний, стоимости лекарственных препаратов и медицинских услуг, источниках финансирования здравоохранения. В Российской Федерации в последние годы проблема оптимизации медицинской помощи больным с мигренью также привлекает внимание исследователей. Вместе с тем задачи рационального использования лекарственных препаратов для лечения больных с мигренью в амбулаторных условиях и повышение качества жизни пациентов до настоящего времени не решены. Проведение комплексного исследования, направленного на фармакоэкономическую оптимизацию терапии мигрени с учетом теоретических основ, методов фармакоэкономического анализа и особенностей этого заболевания является актуальной задачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Данилов А.Б.* Оптимизация лечения острых приступов мигрени 2008
2. *Рачин А.П., Осипова В.В., Юдельсон Я.Б.* Мигрень: от правильной диагностики к адекватной терапии. Справочник поликлинического врача 2007; 1.
3. *Ягудина Р.И., Куликов А.Ю.* Фармакоэкономика: общие сведения, методы исследования. Новая аптека 2007; 9: 73—78.
4. *Яхно Н.Н.* Дифференцированная тактика лечения приступов мигрени. Медицина для всех 1998; 4: 7—9.
5. *Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.-U., Olesen J.* Cost of disorders of the brain in Europe. European Jornal of Neurology 2005; 1: 12: 1—27.
6. *Bigal M.E., Rapaport A.M., Bordini C.A. et al.* Burden of migraine in Brazil: estimate of costs to the public health system and an analytical study of the cost-effectiveness of a stratified model of care. Headache 2003; 43: 7: 742—754.
7. *Clarke C.E., Mac Millan L., Sondhi S., Wells N.E.* Economic and social impact of migraine. Q J Med 1996; 89: 77—84.
8. *Evers S., Afra J., Frese A. et al.* EFNS guideline on the drug treatment of migraine. European Journal of Neurology 2006; 13: 560—572.
9. *Launer L.J., Terwindt G.M., Ferrari M.D.* The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort: the GEM study. Neurology 1999; 53: 537—542.
10. *Lawrence D.* The Cost of Migraine and Its Treatment. The American Journal of Managed Care 2005; 11: 62—67.
11. *Lipton R.B., Diamond S., Reed M. et al.* Migraine diagnosis and treatment; resalts from American Migraine Study II. Headache 2001; 41: 638—645.
12. *Lipton R.B., Stewart W.F., Diamond S. et al.* Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache 2001; 41: 646—657.
13. *Sculpher M., Millson D., Meddis D., Poole L.* Cost-effectiveness analysis of stratified versus stepped care strategies for acute treatment of migraine: the Disability in Strategies for Care (DISC) study. Pharmacoeconomics 2002; 20: 91—100.
14. *Steiner T.J. et al.* The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. Cephalgia 2003; 23: 519—527.
15. *Stovner L.J., Hagen K., Jensen R. et al.* The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephaiaigia 2007; 27: 193—210.
16. *Vreeland M.G.* The Economic Burden of Migraine: The Role of the Triptans. The American Journal of Managed Care 1998; 4: 630—632.
17. *Williams P., Dowson A.J., Rapoport A.M., Sawyer J.* The cost-effectiveness of stratified care in the management of migraine. Pharmacoeconomics 2001; 19: 819—829.
18. World Health Organization. World health report 2001. Geneva: WHO 2001; 22—24.