

Реорганизация психиатрической службы и антипсихотическая терапия больных шизофренического спектра

Бурьгина Л. А.¹

к.м.н., главный врач

Березанцев А. Ю.^{1,2,5}

д.м.н., профессор, врач-психиатр

Голубев С. А.^{1,3,4}

д.м.н., заместитель главного врача

Шумакова Е. А.^{1,5}

врач-психиатр, аспирант

1 – ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина» ДЗМ, Москва, Российская Федерация

2 – ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева», Москва, Российская Федерация

3 – ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

4 – ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

5 – ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» ДЗМ, Москва, Российская Федерация

Автор для корреспонденции: Березанцев Андрей Юрьевич; **e-mail:** berintend@yandex.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Рассматриваются тенденции использования антипсихотических средств в лечении пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС) в контексте реорганизации психиатрической службы на примере г. Москвы. Реформирование психиатрической службы (2012-2020 гг.) кардинально изменило структуру психиатрической помощи, систему оценки её эффективности и экономический базис. При уменьшении более чем в 3 раза числа стационарных коек, более чем в 2 раза увеличилось количество мест в дневных стационарах, в 2,5 раза увеличилось количество посещений психиатра в амбулаторной сети в течение года. За рассматриваемый период времени значительно снизилось и число повторных госпитализаций пациентов с РШС в психиатрические стационары. При этом сохраняются стабильные показатели заболеваемости РШС в течение рассматриваемого периода времени. Одновременно с реформированием психиатрической службы отмечалось увеличение потребления антипсихотиков с 7,6 млн. Defined Daily Dose (DDD) в 2013 г. до 12,3 млн. DDD в 2021 г., включая конвенциональные (КА), и атипичные антипсихотики (АА) с 17% до 30% при опережающем росте использования пролонгированных инъекционных антипсихотиков (прежде всего АА). Если в 2013-2016 гг. АА пролонгированного действия составляли незначительную часть от общего массива пролонгированных препаратов (5-9%), в дальнейшем отмечался последовательный рост их использования и в 2021 г. они составили 36% от общего объема препаратов пролонгированного действия (рост 400%), при общем увеличении использования пролонгированных форм приблизительно в 3 раза. Отмечалось семикратное увеличение удельного веса инъекционных форм от общего объема АА – с 3% (2016 г.) до 23%, и двукратный общий рост объема использования АА с 2,5 млн. DDD (2013 г.) до 5,8 млн. DDD (2021 г.). Констатируется, что произошла стабилизация системы оказания психиатрической помощи пациентам с РШС с переносом акцента на амбулаторное звено и широким внедрением АА пролонгированного действия. В наибольшей степени эти тенденции обнаруживаются в возрастающем использовании рисперидона-конста и пролонгированных форм палиперидона. Делается вывод, что психиатрическая служба находится на пороге нового этапа развития, представляющего собой путь персонализации психиатрической помощи, основанной на индивидуальном подходе к пациенту.

Ключевые слова: психиатрическая служба, реорганизация, антипсихотики, атипичные антипсихотики пролонгированного действия, персонализация психиатрической помощи

doi: 10.29234/2308-9113-2023-11-3-25-41

Для цитирования: Бурьгина Л. А., Березанцев А. Ю., Голубев С. А., Шумакова Е. А. Реорганизация психиатрической службы и антипсихотическая терапия больных шизофренического спектра. *Медицина* 2023; 11(3): 25-41

Введение

Проблема шизофрении является центральной для психиатрической науки и одной из наиболее социально значимых, поскольку расстройство доставляет страдания пациентам и ложится тяжелым бременем на их семьи и общество в целом [1]. Распространенность шизофрении в населении, по данным различных исследователей составляет от 0,85%, а с учетом расстройств шизофренического спектра может достигать 1,5% и более [2]. Согласно данным, приводимым Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. [3] распространенность заболевания в течение жизни в популяции составляет приблизительно 1%, примерно 0,25 до 0,5% всего населения лечится от шизофрении ежегодно, 2/3 из этих больных нуждаются в госпитализации. Различающиеся цифры показателей заболеваемости расстройствами шизофренического спектра (РШС), помимо особенностей национальных систем здравоохранения, могут зависеть от диагностических критериев, используемых для установления расстройства [4]. Таким образом, количество учтенных пациентов с шизофренией (находящихся под наблюдением государственных органов здравоохранения и получающих лечение) зависит от двух основных факторов: применяющихся диагностических критериев и особенностей национальной организации системы здравоохранения. Исходя из приведенных данных, а также из повседневной психиатрической практики, можно утверждать, что далеко не все пациенты с РШС, в том числе и нуждающиеся в психиатрическом лечении, находятся в поле зрения специалистов-психиатров и получают необходимую помощь. По данным ВОЗ (2018) более 50% лиц с шизофренией не получают надлежащей помощи (при этом девятьюстами процентов лиц с нелеченой шизофренией проживают в развивающихся странах) [5]. Социальные процессы в обществе, процессы реформирования психиатрических служб также могут оказывать влияние на количество наблюдающихся пациентов, что будет показано ниже на примере города Москвы. В течение последних десятилетий, во многих странах мира проводится так называемая деинституционализация психиатрии – процесс реформирования психиатрической службы, начавшийся в ряде западных стран в 50-х годах XX века. Он заключается в широкомасштабном сокращении числа психиатрических коек и психиатрических больниц с параллельным развитием различных форм внебольничной помощи психически больным, выписываемым из психиатрических стационаров [6]. Это должно предотвратить развитие у пациентов госпитализма, устранить ущемление их прав и отрыв от общества. В материалах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

указывается: «Имеются убедительные фактические данные о том, что психиатрические больницы старого типа неэффективно обеспечивают лечение, которое необходимо лицам с психическими нарушениями, и нарушают их основные права человека. Следует расширить и ускорить усилия по передаче оказания медицинской помощи от психиатрических учреждений местным сообществам. Очень важное значение имеет вовлечение в оказание помощи членов семьи и более широкого сообщества» [5]. Процессы деинституционализации затронули и отечественное здравоохранение, хотя, в отличие от некоторых стран Западной Европы, сокращение коечного фонда проводится в Российской Федерации не столь радикально и носит скорее характер оптимизации психиатрической помощи населению, опираясь при этом на развивавшееся в течение многих десятилетий амбулаторное звено оказания психиатрической помощи. Например, в Москве в настоящее время проходят достаточно масштабные преобразования психиатрической службы, о чем будет сказано ниже.

Одной из существенных проблем эффективной терапии больных шизофренией является проблема комплайенса. Плохая приверженность пероральной антипсихотической терапии отмечается более чем у 40% пациентов [7], что приводит к повторным госпитализациям и существенным материальным издержкам. Появление пролонгированных инъекционных антипсихотиков (LAIs) позволило успешно решать проблемы преодоления нон-комплаентности. Современная терапия шизофрении в настоящее время представлена инъекционными атипичными антипсихотиками длительного действия с доказанной клинико-экономической и социальной эффективностью – рисперидоном и палиперидоном. При этом инъекционные депонированные препараты палиперидона имеют определенные преимущества перед рисперидоном, поскольку не требуют на первом этапе перевода с пероральных форм на инъекционные, дополнительного приема таблеток, и в целом лучше переносятся. Все современные руководства рекомендуют применение антипсихотиков пролонгированного действия второй генерации ориентируясь на два параметра: проблемы с приверженностью терапии и личные предпочтения пациента [8,9,10]. Новым шагом эволюционного развития перспективного ряда инъекционных атипичных антипсихотиков длительного действия стала форма палиперидона пальмитата для внутримышечного введения 1 раз в 3 месяца, зарегистрированного в РФ в 2016 году [11]. Пролонгированные формы палиперидона пальмитата открывают новые перспективы в лечении больных шизофренией, однако необходимо выделение групп-мишеней пациентов, уточнение их социо-демографического и клинического профиля (портрета) с целью оптимизации клинико-социальных и экономических результатов лечения. Подобными группами могут быть пациенты с фармакозависимыми ремиссиями при неполном комплайенсе (что может быть связано не только с не критичностью, но и плохой переносимостью обычного лечения), жители отдаленных районов из-за малодоступности помощи. Кандидатами на лечение, с учетом личных предпочтений, становятся социально сохранные пациенты, нуждающиеся в поддерживающей терапии, но стремящиеся сохранить личностную автономию и статус максимально здорового и активного члена общества, «дистанцированного» от болезни.

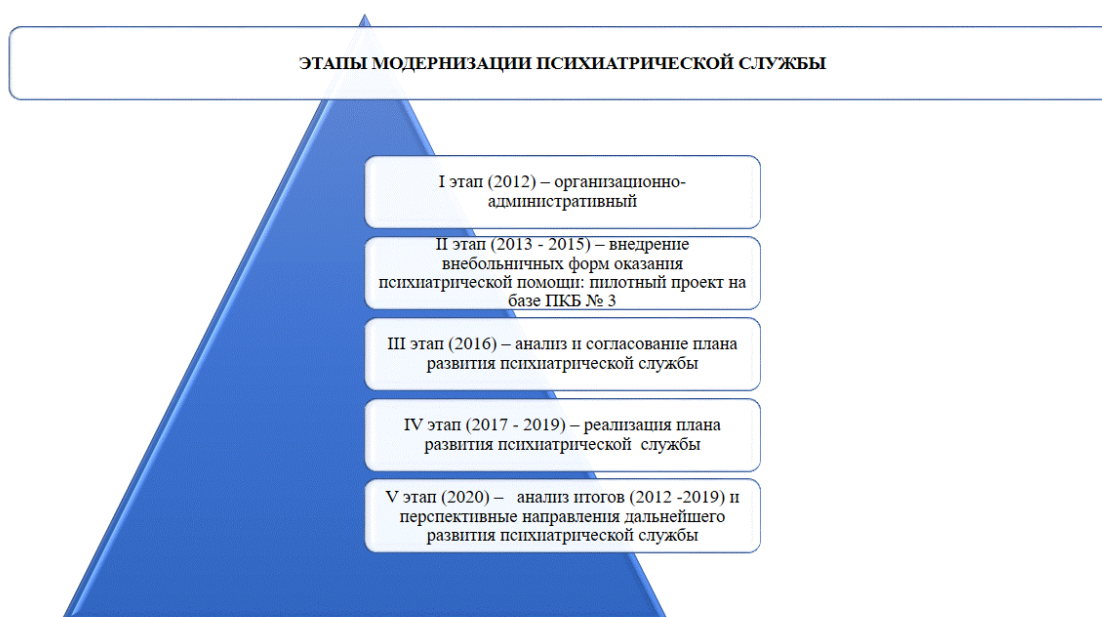
Материал и методы

Было проведено обсервационное описательное исследование динамики учтенного контингента пациентов с расстройствами шизофренического спектра в городе Москве в 2013-2021 гг. в контексте реорганизации психиатрической службы и проанализирована динамика применения антипсихотических лекарственных средств за указанный период времени с акцентом на использовании препаратов пролонгированного действия.

Реорганизация московской психиатрической службы

Московская психиатрическая служба, являясь крупнейшей в России, одной из первых начала глубокую реорганизацию, включающую в себя как перестройку организационной структуры оказания психиатрической помощи, так и трансформацию лечебно-реабилитационных подходов, их модернизацию с учетом современных требований и тенденций. Наглядно эти тенденции можно проследить на примере динамики использования антипсихотических препаратов, представленной ниже. Модернизацию психиатрической службы в Москве можно условно разделить на 5 этапов (рис. 1).

Рис. 1. Этапы модернизации психиатрической службы г. Москвы.



I этап (2012 г.) – организационно-административный: образованы 6 территориальных психиатрических объединений (ТПО) из 6 психиатрических больниц (ПБ) и 21 психоневрологического диспансера (ПНД); повышена преемственность между стационарным и амбулаторным этапом психиатрической помощи; проведена

концентрация ресурсов; оптимизация коечного фонда (–10%). В этом же году (2012 г.) произошло изменение подхода к формированию государственного задания, при котором единица измерения в «койко-днях» была заменена на «число пролеченных больных», что дало импульс к изменению в организации звеньев психиатрической помощи в сторону персонализации, позволило нарастить ресурсный потенциал и в дальнейшем произвести перераспределение экономических ресурсов – со стационарного на амбулаторное звено с увеличением затрат на препараты пролонгированного действия.

II этап (2013-2015 гг.) – внедрение внебольничных форм оказания психиатрической помощи: рост числа мест дневного пребывания в ПНД в 2,6 раза и числа пролеченных больных в 3,5 раза; снижение общего числа госпитализаций на 28% с 8339 в 2012 г. до 5995 в 2015 г.; снижение длительности лечения на 22% с 37 до 29 койко-дней и повышение качества помощи; снижение числа выездов бригад «103» в зону обслуживания; снижение числа госпитализаций после совершения общественно опасных деяний; сокращение на 50% числа круглосуточных коек.

III этап (2016 г.) – анализ и согласование плана развития психиатрической службы: расширение амбулаторной сети; оптимизация коечного фонда и стационарных учреждений; внедрение принципа подушевого финансирования.

IV этап (2017-2019 гг.) – реализация плана развития психиатрической службы: расширение сети амбулаторных подразделений психиатрической службы города; интеграция амбулаторной психиатрической службы в общемедицинскую сеть (модули в городских поликлиниках); передача ряда стационарных учреждений в ведение департамента труда и социальной защиты населения (ДТСЗН) г. Москвы; создание на базе ПБ № 14 центра временного пребывания лиц, нуждающихся в переводе в учреждения ДТСЗН; цифровизация стационарного этапа оказания психиатрической помощи; внедрение медицинских информационных систем (МИС); создание сети медико-реабилитационных центров для лиц пожилого возраста: «Клиника памяти», «Клиника первого эпизода», «Клиника расстройств пищевого поведения»; проведение общественных психопрофилактических мероприятий: «Сказать не могу молчать», «Только без паники», фестиваля «Нить Ариадны»; участие психиатрической службы в проектах «Московский врач», «Школа профессионального роста».

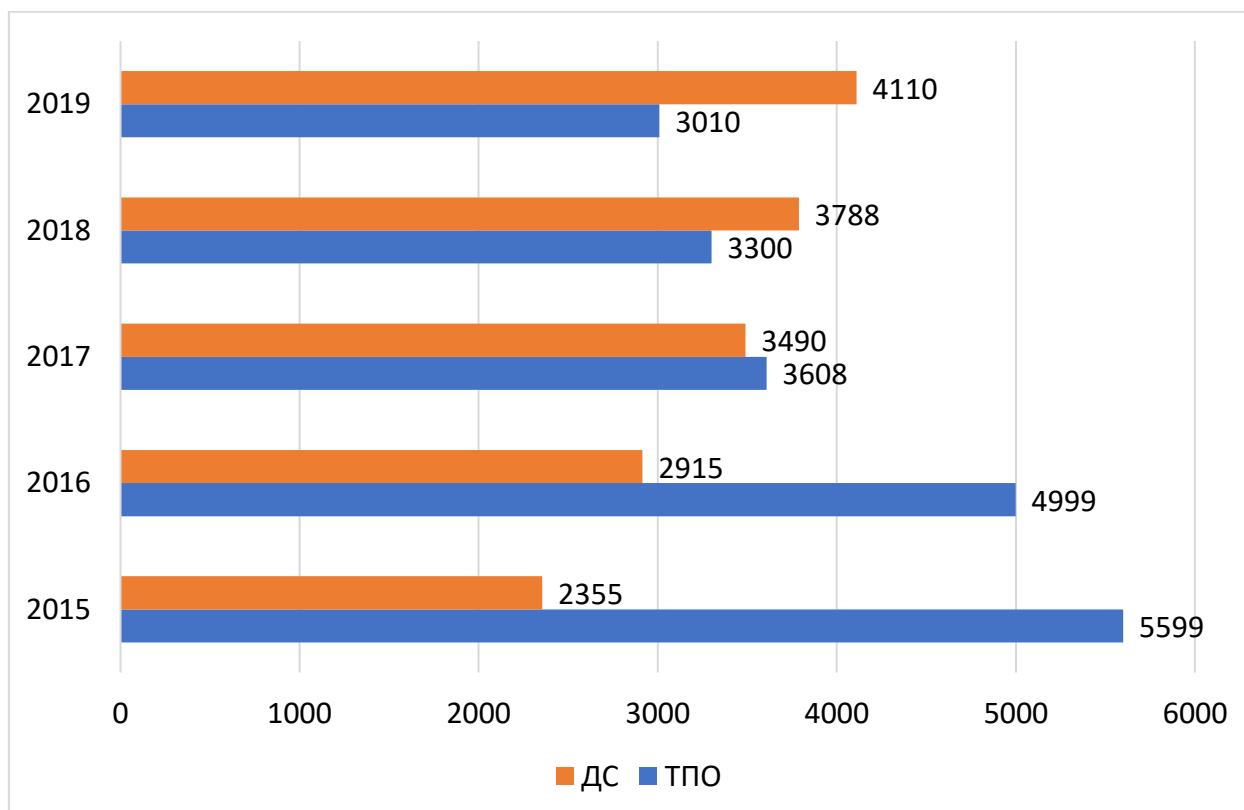
V этап (2020 г.) – анализ итогов (2012-2019 гг.) и перспективных направлений дальнейшего развития психиатрической службы: смещение баланса объёма лечебной помощи в амбулаторное звено; качественное улучшение льготного лекарственного обеспечения; развитие специализированных форм, повышение качества и преемственности помощи со снижением сроков стационарного лечения и числа повторных госпитализаций; оптимизация числа стационарных коек и концентрация ресурсов в трёх ТПО; снижение нагрузки на службу скорой помощи «103». Итоги реорганизации психиатрической службы представлены на рис. 2.

Рис. 2. Итоги реорганизации психиатрической службы г. Москвы.

Было:	Стало:
<ul style="list-style-type: none"> • 9239 стационарных коек • Число пролеченных в стационаре за год: 44 617 • Мест в дневных стационарах: 1867 • Посещений психиатра амбулаторной сети в год: 1 612 290 	<ul style="list-style-type: none"> • 3010 стационарных коек • Число пролеченных в стационаре за год: 27 421 • Мест в дневных стационарах: 4110 • Посещений психиатра амбулаторной сети в год: 2 600 000

Наглядно динамика соотношения койко-мест за 2015-2019гг. в психиатрических стационарах и мест в дневных стационарах ПНД представлена на рис. 3.

Рис. 3. Соотношение коек территориальных психиатрических подразделений (стационаров) и койко-мест в дневных стационарах (ДС) ПНД.



Модернизация психиатрической помощи позволила сократить частоту повторных госпитализаций и обострений среди больных с психическими расстройствами, снизить экономические издержки, связанные с содержанием коечного фонда. Необходимо

подчеркнуть, что если в соматической медицине индикатором эффективности терапии является сокращение смертности от соматических заболеваний, то в психиатрии этот показатель не является индикативным для оценки эффективности терапии. В настоящее время в отечественной практике преобладает экономический подход к оценке эффективности лечения – сокращение коечного фонда, числа повторных госпитализаций и связанных с этим экономических издержек. Вместе с тем, оптимизация материальных ресурсов не может быть окончательной целью реорганизации психиатрической службы, поскольку центральной задачей медицины в целом и психиатрии в том числе является здоровье и благополучие пациента. Поэтому можно утверждать, что в настоящее время психиатрическая служба Москвы (и всей России) находится на пороге нового, VI этапа, который представляет собой путь персонализации психиатрической помощи. Одним из наиболее эффективных и перспективных направлений развития персонализированной медицины является фармакогенетика – раздел медицинской генетики и клинической фармакологии, изучающий наследственные основы вариабельности эффектов лекарственных средств (ЛС), и позволяющий предсказывать эффективность и безопасность (неблагоприятные побочные реакции) при применении ЛС у пациентов. Фармакогенетический анализ позволяет подобрать пациенту наиболее эффективное индивидуализированное медикаментозное лечение. В то же время пациенты с психическими расстройствами не всегда удовлетворены лишь биологической терапией, они нуждаются в психосоциальных вмешательствах. Помимо психофармакотерапии серьезные преимущества имеют семейные вмешательства, семейное психообразование и когнитивно-поведенческая терапия. Набирающая популярность концепция «*recovery*» определяет психическое здоровье не столько в полном отсутствии симптомов, сколько в улучшении социального функционирования и качества жизни.

Антипсихотическая терапия больных с расстройствами шизофренического спектра

Расстройства шизофренического спектра (РШС) являются наиболее значимой нозологической единицей среди всех лиц с психическими расстройствами, получающих помощь в психиатрических стационарах г. Москвы (рис. 4)¹.

Как видно из представленного рисунка, количество больных с РШС, получавших стационарную психиатрическую помощь в Москве, уменьшалось одновременно с пациентами с другими психиатрическими нозологиями, с некоторым понижением их удельного веса по отношению к общему количеству больных, от 37,2% в 2012 г. до 29,2% в 2021 г., что по-видимому, следует связывать с успехами психофармакотерапии и, прежде всего, с широким внедрением пролонгов нового поколения. Необходимо отметить, что данные по Москве включают в себя данные по всем стационарам, относящимся к

¹ По данным Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) г. Москвы

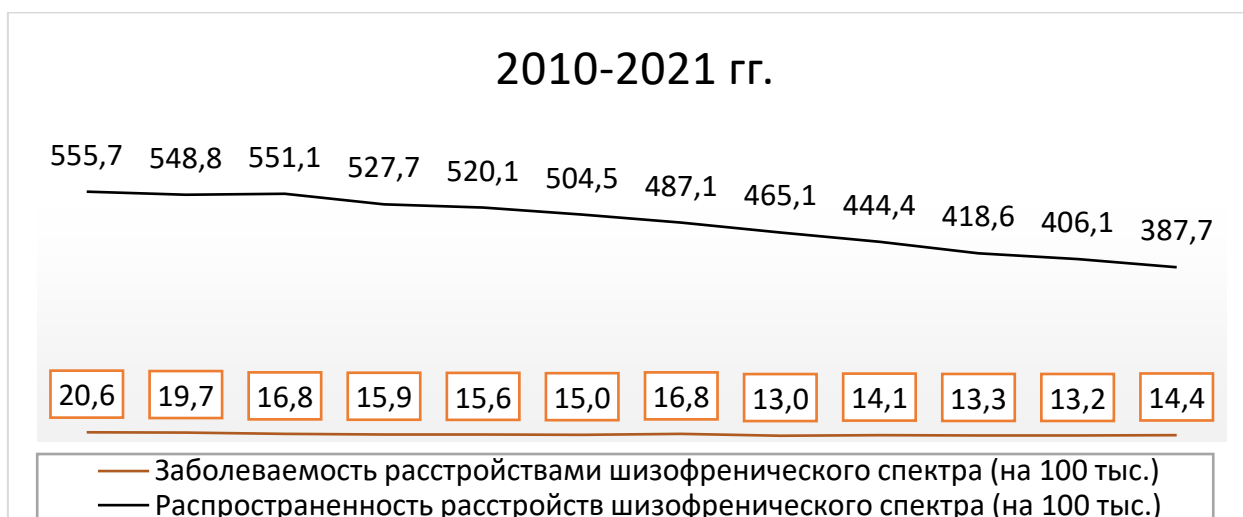
психиатрическому профилю (включая детские стационары, больницы для принудительного лечения, клиники неврозов).

Рис. 4. Соотношение больных с расстройствами шизофренического спектра к общему числу больных с психическими расстройствами, получающими помощь в стационаре.



Показатели заболеваемости и распространенности расстройств шизофренического спектра в Москве показаны на рис. 5.

Рис. 5. Заболеваемость и распространенность расстройств шизофренического спектра в г. Москве.



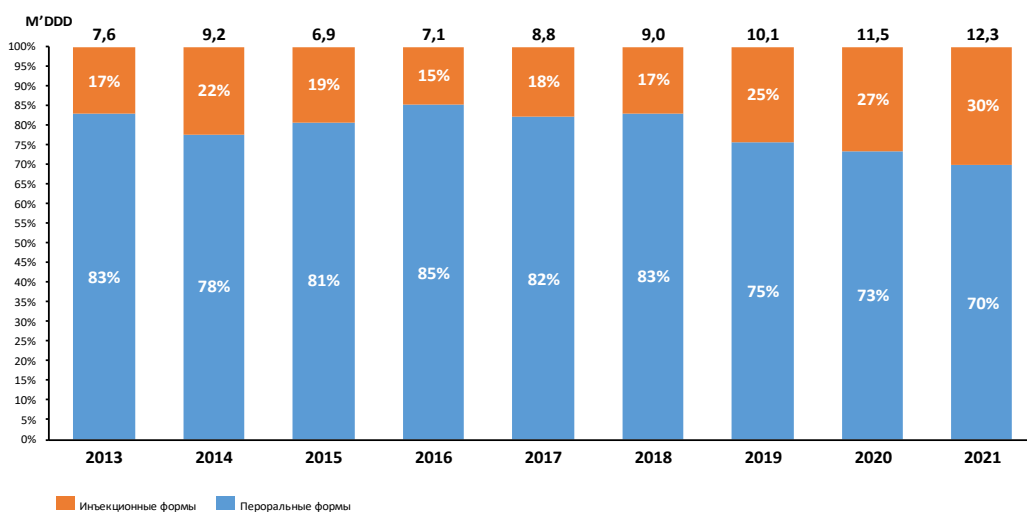
Так, показатели заболеваемости (вновь выявленных случаев заболевания в течение года) после начала активного проведения реформы (2013 г.), после некоторых колебаний находятся на относительно стабильном уровне и в течение последних лет составляют 13-15 случаев на 100 тыс. населения (или 0,013-0,015% от постоянного населения г. Москвы). В то же время показатель распространенности РШС (то есть лиц, стоящих под наблюдением в ПНД) с 2012 г. (административного этапа реформы) снизился примерно на одну треть (с 0,56 до 0,39% по отношению к постоянному населению г. Москвы). Это может быть связано

с более активным снятием с диспансерного и консультативного наблюдения пациентов с РШС в связи с длительными и устойчивыми ремиссиями.

Показатели потребления антипсихотических препаратов являются индикативными параметрами, отражающими особенности терапии психических расстройств за каждый отчетный период времени, а также их динамические тенденции в процессе модернизации психиатрической службы (интенсивность применения антипсихотиков в целом, структура применения: соотношение пероральных и инъекционных форм, конвенциональных антипсихотиков – КА и атипичных антипсихотиков – АА, использование пролонгированных форм препаратов). Вместе с тем, указанные тенденции необходимо рассматривать в контексте с одной стороны, этапов реформирования психиатрической службы, с другой – эпидемиологических данных о распространенности тех или иных форм психических расстройств.

Были проанализированы данные о потреблении нейролептиков на льготном лекарственном рынке г. Москвы за 2013-2021гг.² Для фармакоэкономического и фармакоэпидемиологического анализа использовался показатель DDD – Defined Daily Dose («установленная суточная доза»), рекомендованный центром ВОЗ по методологии лекарственной статистики и представляющий собой универсальную систему измерения потребления ЛС. «Установленная суточная доза» (DDD) рассчитывается как средняя суточная доза лекарственного средства, рекомендуемая для поддерживающей терапии. Анализ касается потребления нейролептиков при всех психиатрических нозологиях, однако пациенты с РШС являются основными потребителями антипсихотиков на льготном фармацевтическом рынке, поэтому все анализируемые тенденции касаются в первую очередь лиц с РШС. Например, за 2021 г. потребителями палиперидона (всех лекарственных форм) в 94,3% являлись пациенты с РШС, схожие показатели отмечаются и у других антипсихотиков. Соотношение количества пероральных и инъекционных нейролептиков (млн. DDD) за 2013-2021 гг. представлено на рис. 6.

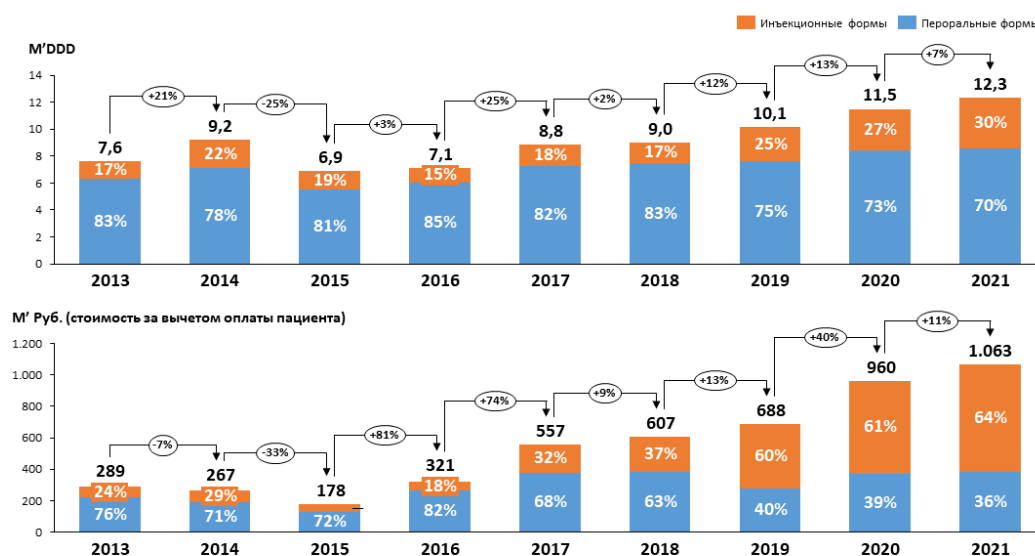
Рис. 6. Соотношение количества пероральных и инъекционных нейролептиков (млн. DDD).



² Источник данных – Аналитическая компания «Альфа Ресерч и Маркетинг»

Как видно из представленных ниже данных, потребление нейролептиков постепенно росло (с небольшим уменьшением в 2015-2017 гг.) с 7,6 млн. DDD в 2013 г. до 12,3 млн. DDD в 2021 г. При этом соотношение количества инъекционных и пероральных форм существенно изменилось. Так, удельная доля инъекционных антипсихотиков к 2021 г. выросла почти в 2 раза – с 17% в 2013 г. до 30% в 2021 г., особенно заметен активный рост использования инъекционных форм в 2019-2021 гг. Наглядно эта динамика в сопоставлении с ростом государственных расходов на лечение антипсихотиками представлена на рис. 7.

Рис. 7. Динамика соотношения количества пероральных и инъекционных антипсихотиков (млн. DDD) и стоимости терапии (млн. рублей).



Как видно из представленных диаграмм, переломным как в плане возрастания объема использования антипсихотиков, так и финансирования в рамках льготного лекарственного обеспечения явился 2016 год, что совпадает с началом третьего этапа модернизации психиатрической службы – расширением амбулаторной сети; оптимизацией коечного фонда и стационарных учреждений; внедрением принципа подушевого финансирования пациентов. Особенно наглядно это проявляется в резком увеличении стоимости терапии, которая возросла к 2021г. почти в четыре раза – с 289 млн. руб. в 2013 г. до 1063 млн. руб. в 2021 г. При этом расходы на инъекционные формы, которые занимают к 2021 г. около трети объема оборота антипсихотиков (30%) составляют две трети их общей стоимости (64%).

Ещё одним показателем, используемым в литературе, является количество упаковок ЛС, израсходованных за определенный период времени. Он является менее точным (так как количество единиц лекарственного средства в одной упаковке может различаться, в особенности если речь идет об инъекционных средствах). Тем не менее, эти показатели могут представлять наглядность в определенных аспектах. Так, среднее количество

упаковок инъекционных и пероральных форм на одного пациента в год представлено на рис. 8.

Необходимо пояснить, что инъекций пролонгированных форм нейролептиков нужно гораздо меньше, чем таблеток. Например, если препарат используют один раз в месяц, то у одной ампулы условная суточная доза будет составлять 30, а у одной таблетки, если её принимать один раз в день, доза будет составлять 1, тогда как упаковки будут равны (то есть 30 таблеток = одной ампуле). В то же время значение расчета через суточную дозу у инъекционных форм будет выше. Таким образом, суммирующий результат в упаковке будет выше у пероральных продуктов, а в расчете в DDD будет выше у инъекционных препаратов, что представлено на рис. 9.

Рис. 8. Среднее количество упаковок антипсихотиков на одного пациента в год.

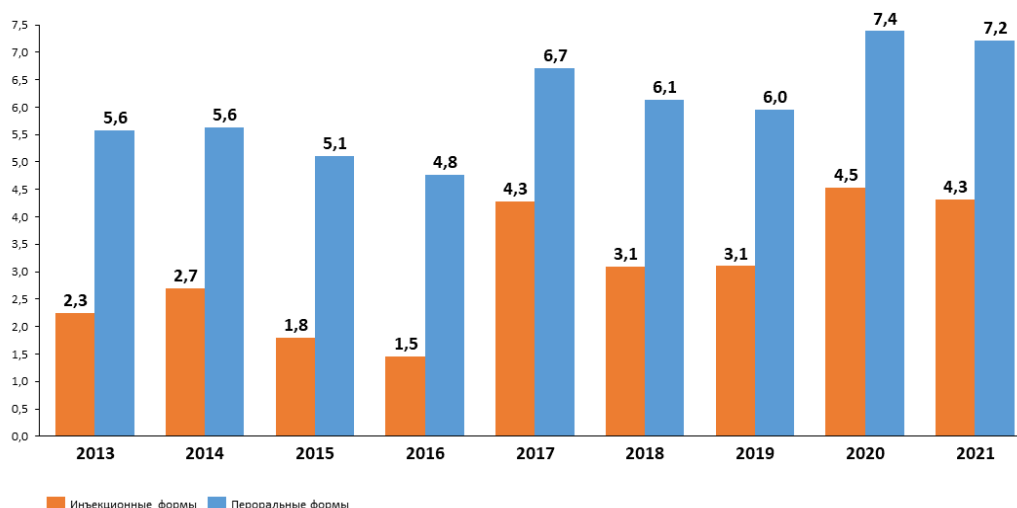
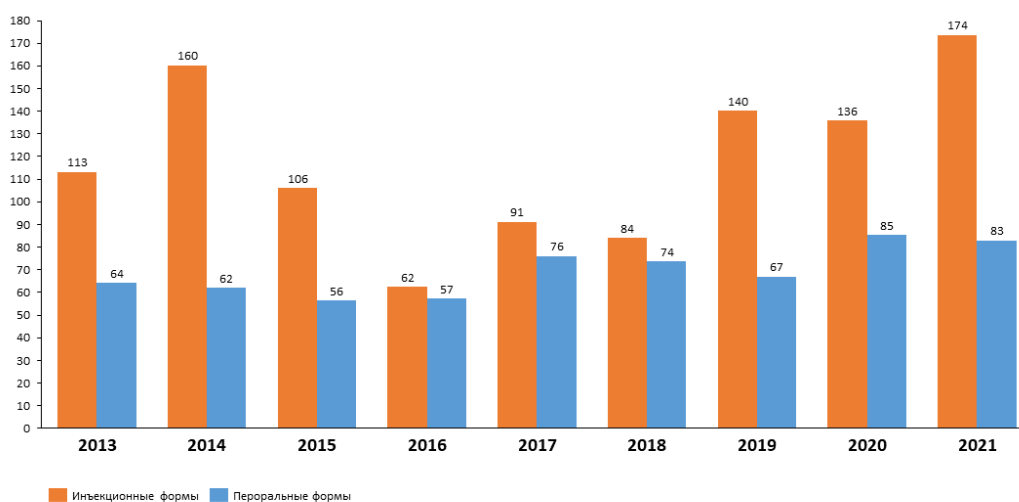


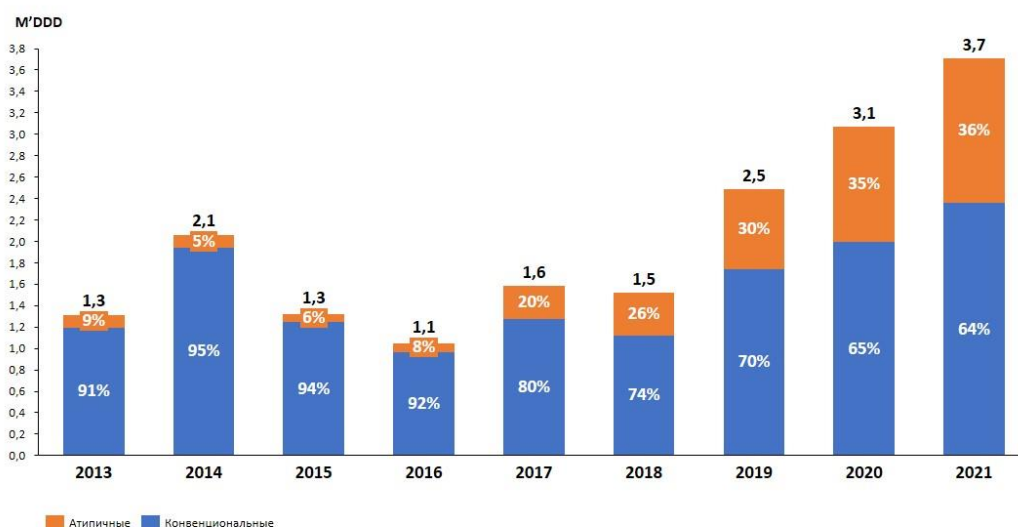
Рис. 9. Среднее количество DDD на одного пациента в год.



В то же время следует отметить, что хотя в отличие от DDD показатели потребления ЛС в упаковках и не обладают точностью, соотношение этих показателей (упаковок и DDD) позволяет наглядно показать «эргономичность» использования инъекционных пролонгов по сравнению с пероральными формами – имеется в виду максимальное удобство применения с учетом потребностей пациента в контексте задач реабилитации, то есть, например, одна инъекция в месяц заменяет ежедневный прием пероральных препаратов, что исключает вероятность пропуска перорального приема по тем или иным причинам.

Представляет также интерес и динамика применения конвенциональных (традиционных) и атипичных антипсихотиков в рассматриваемый период времени (рис. 10).

Рис. 10. Применение инъекционных пролонгированных антипсихотиков (млн. DDD).

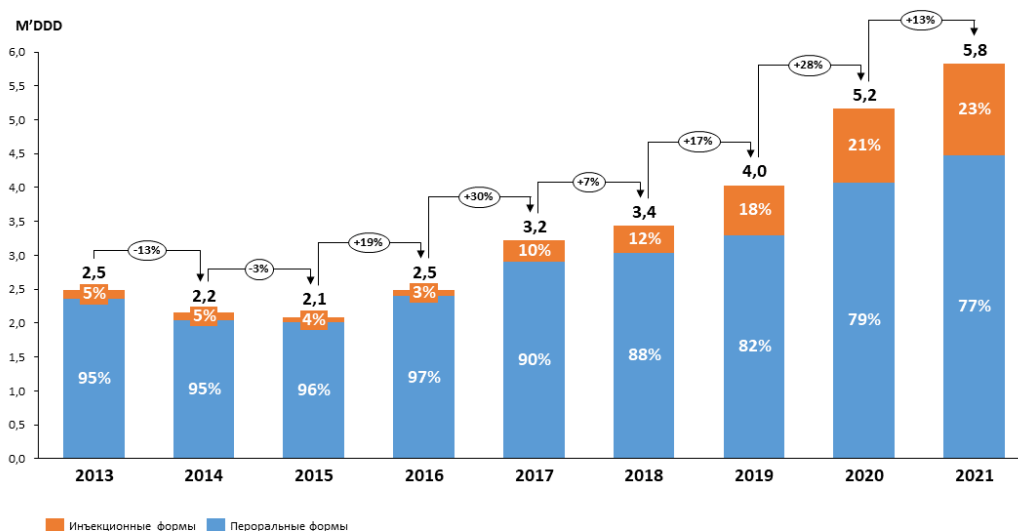


Как видно из представленного рисунка, в 2013-2016 гг. атипичные пролонги составляли незначительную часть от общего массива пролонгированных препаратов (5-9%). Активный и последовательный рост использования АА пролонгированного действия отмечается после 2016 г. (года интенсивной реорганизации психиатрической службы), и он достиг в 2021 г. 36% от общего объема используемых пролонгов. Таким образом, рост объема АА за указанный период составил 400% при общем росте использования пролонгов (КА+АА) приблизительно в 3 раза.

За изученный период изменилось и соотношение объема применяемых пероральных и инъекционных АА в рамках льготного лекарственного обеспечения (рис. 11). Выраженное возрастание удельного веса инъекционных форм также началось с 2016 г., и в 2021 г. увеличилось более чем в 7 раз – с 3 до 23%. Эта тенденция сопровождалась и общим

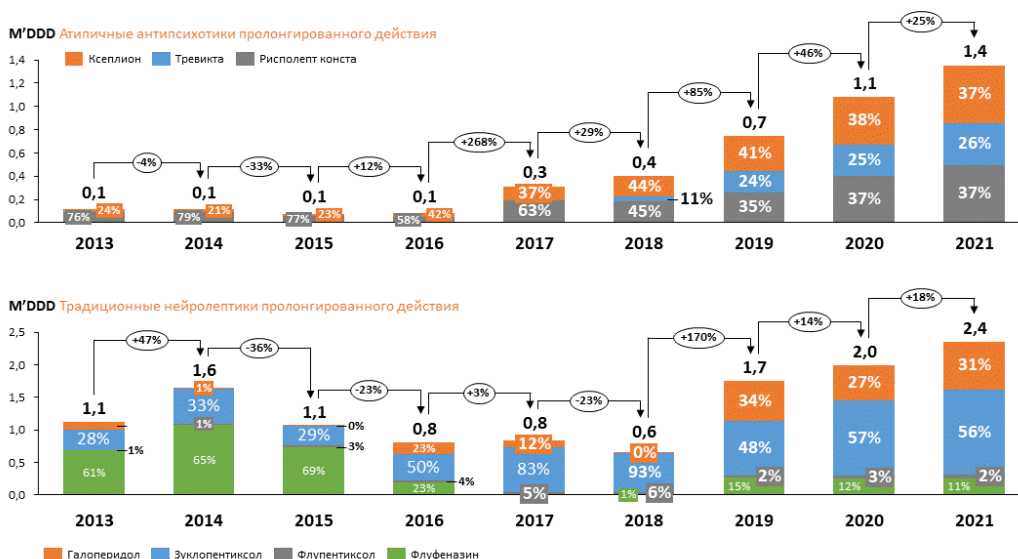
двукратным ростом объема использования АА с 2,5 млн. DDD (2013г.) до 5,8 млн. DDD (2021 г.).

Рис. 11. Соотношение пероральных и инъекционных АА (млн. DDD).



Динамика использования конкретных наименований препаратов из групп конвенциональных и атипичных антипсихотиков за изученный период показана на рис. 12.

Рис. 12. Терапия пролонгированными антипсихотическими препаратами (млн. DDD).



Как видно из представленной диаграммы, претерпела существенные изменения и структура применения конвенциональных и атипичных пролонгированных антипсихотиков. Так, за 8 лет (2013-2021 гг.) использование КА пролонгированного действия увеличилось

более чем в 2 раза (с 1,1 до 2,5 млн. DDD). При этом объемы использования как в целом, так и отдельных препаратов подвергались волнообразным изменениям, (в отличие от атипичных антипсихотиков, у которых преобладал поступательный рост). Например, удельный вес галоперидола деканоата колебался в несколько раз, до 31% в 2021 г., это касается и остальных наименований препаратов. Незначительные показатели использования галоперидола деканоата в 2013-2016 гг. связаны также с активным применением в этот период его импортного аналога (сенорм), что не нашло отражения в диаграмме. С учетом использования галоперидола пролонгированного действия всех производителей, тенденции его применения можно считать достаточно устойчивыми. Относительная стабилизация структуры потребления КА сложилась в течение последних трёх лет, в 2021г. более половины составил зупентиксол, около трети – галоперидол, остальную часть – флуфеназин и флупентиксол. Несколько иная картина наблюдается в структуре роста потребления пролонгированных АА. За 8 лет рост их использования вырос в 14 раз (на 1300%) – с 0,1 до 1,4 млн. DDD, при этом если в структуре потребления в 2013 г. 2/3 составлял рисперидон и 1/3 палиперидон 1-мес. действия, то в 2021г. рисперидон, палиперидон 1-мес. и палиперидон 3-мес. действия составляли уже приблизительно по одной трети используемых препаратов.

Заключение

Таким образом, процесс модернизации психиатрической службы характеризовался сокращением психиатрического коечного фонда, переносом акцента в оказании психиатрической помощи на амбулаторное звено. Существенной содержательной стороной модернизации явилось изменение подхода к формированию государственного задания, при котором единица измерения в «койко-днях» была заменена на «число пролеченных больных», и внедрение принципа подушевого финансирования, что позволило дать импульс к изменению в организации звеньев психиатрической помощи в сторону её персонализации и качественного улучшения льготного лекарственного обеспечения. Количество больных с РШС, получавших стационарную психиатрическую помощь в г. Москве, уменьшалось одновременно с пациентами с другими психиатрическими нозологиями, с некоторым понижением их удельного веса по отношению к общему количеству больных, что, по-видимому, следует связывать с широким внедрением пролонгов нового поколения. За рассматриваемый период времени значительно снизилось и число повторных госпитализаций пациентов с РШС в психиатрические стационары г. Москвы. При этом сохраняется количество впервые в жизни госпитализированных лиц с РШС на уровне около 5 тысяч в год, что согласуется со стабильными показателями заболеваемости в течение рассматриваемого периода времени. Однако показатель распространенности РШС (то есть лиц, состоящих под наблюдением в ПНД) за рассматриваемый период времени снизился примерно на одну треть, что может быть связано с более активным снятием с диспансерного и консультативного наблюдения пациентов с РШС в связи с длительными и устойчивыми ремиссиями. Одновременно с процессом реформирования психиатрической службы отмечалось увеличение потребления антипсихотиков при опережающем росте

использования инъекционных антипсихотиков. Эти тенденции сопровождались существенным увеличением расходов на терапию, которые возросли к 2021 г. почти в четыре раза, при этом расходы на инъекционные формы составили 64% их общей стоимости. За изученный период (2013-2021 гг.) отмечался четырехкратный рост использования АА пролонгированного действия и семикратное увеличение удельного веса инъекционных форм от общего объема АА при опережающем росте по отношению к конвенциональным антипсихотикам. Вышеизложенное позволяет утверждать, что в настоящее время произошла стабилизация системы оказания психиатрической помощи пациентам с РШС в новых организационно-экономических условиях с переносом акцента на амбулаторное звено и широким внедрением АА пролонгированного действия. При этом рост использования как пероральных, так и инъекционных антипсихотиков, показал достоверные статистические корреляции со снижением заболеваемости РШС в московской популяции. В наибольшей степени эти тенденции обнаруживаются с возрастанием использования рисперидона-конста и пролонгированных форм палиперидона. В настоящее время психиатрическая служба находится на пороге нового этапа своего развития, который представляет собой путь персонализации психиатрической помощи, подразумевающей диагностику и лечение психических расстройств, основанные на индивидуальном подходе к пациенту, с учетом его личностных особенностей, истории жизни, характеристик социального взаимодействия и самореализации, с использованием методов фармакогенетики, широкого использования психосоциальных вмешательств (семейного психообразования, когнитивно-поведенческой терапии), направленных на улучшение социального функционирования и качества жизни.

Литература

1. Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26(2): 149-162, doi: 10.2165/00019053-200826020-00005
2. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии. (Под ред. А.С. Тиганова). В 2 т. Т. 1. М.: Медицина, 1999. 712 с.
3. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. М.: Медицина, 1998. 672 с.
4. Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J.E., Day R., Bertelsen A. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation 10-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*. 1992; 20: 1-97, doi: 10.1017/s0264180100000904.
5. World Health Organization. Schizophrenia. [Электронный ресурс]. *Режим доступа*: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> (дата обращения: 10.07.2023).
6. Ястребов В.С. Организация психиатрической помощи: Исторический очерк. Руководство по психиатрии (Под ред. А.С. Тиганова). В 2 т. М.: Медицина, 1999. Т.1. С. 335
7. Hasan A., Falkai P., Wobrock T., Lieberman J., Glenthøj B., Gattaz W.F., Thibaut F., Möller H.J.; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry*. 2013; 14(1): 2-44, doi: 10.3109/15622975.2012.739708

8. Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B., McGlashan T.H., Miller A.L., Perkins D.O., Kreyenbuhl J.; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004; 161(2 Suppl.): 1-56.
9. Barnes T.R. Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2011; 25(5): 567-620, doi: 10.1177/0269881110391123
10. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE Clinical guidelines [CG 178], February 2014. [Электронный ресурс]. *Режим доступа:* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> (дата обращения: 10.07.2023).
11. Тревикта (Trevicta) Инструкция по применению, противопоказания и состав. *Регистр лекарственных средств в России.* 2016. [Электронный ресурс]. *Режим доступа:* www.rlsnet.ru (дата обращения: 01.07.2023).

Reorganization of the Psychiatric Service and Antipsychotic Therapy of Schizophrenic Spectrum Patients

Burygina L. A.¹

MD, PhD, Head Physician

Berezantsev A. Yu.^{1,2,5}

Doctor of Medicine, Professor, Psychiatrist

Golubev S. A.^{1,3,4}

Doctor of Medicine, Deputy Head Physician

Shumakova E. A.^{1,5}

Postgraduate, Psychiatrist

1 – P.B. Gannushkin Mental Health Clinic, Moscow, Russian Federation

2 – F.A. Usol'tsev Mental Health clinic, Moscow, Russian Federation

3 – Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

4 – Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russian Federation

5 – N.A. Alexeev Mental Health Clinic, Moscow, Russian Federation

Corresponding Author: Berezantsev Andrey; **e-mail:** berintend@yandex.ru

Conflict of interest. None declared.

Funding. The study had no sponsorship.

Abstract

The article discusses the trends in the use of antipsychotic drugs in the treatment of patients with schizophrenic spectrum disorders (RSHS) in the context of the reorganization of the psychiatric service on the example of Moscow. The reform of the psychiatric service (2012-2020) has radically changed the structure of psychiatric care, the system for evaluating its effectiveness and the economic basis. While the number of inpatient beds decreased by more than 3 times, the number of places in day hospitals increased by more than 2 times, the number of visits to a psychiatrist in the outpatient network increased by 2.5 times during the year. During the period under review, the number of repeated hospitalizations of patients with RS in psychiatric hospitals has also significantly decreased. At the same time, stable indicators of the incidence of RS during the considered period of time remain. Simultaneously with the reform of the psychiatric service, there was an increase in the consumption of antipsychotics from 7.6 million Defined Daily Dose (DDD) in 2013 to 12.3 million DDD in 2021, including conventional (KA) and atypical antipsychotics (AA) from 17% to 30% with an outstripping increase in the use of prolonged injectable antipsychotics (primarily AA). If in 2013-2016 AA of prolonged action made up an insignificant part of the total array of prolonged drugs (5-9%), then there was a consistent increase in their use. In 2021 they accounted for 36% of the total volume of prolonged-acting drugs (an increase of 400%), with a general increase in the use of prolonged forms by about 3

times. There was a sevenfold increase in the proportion of injectable forms from the total volume of AA – from 3% (2016) to 23%, and a twofold overall increase in the volume of AA use from 2.5 million DDD (2013) to 5.8 million DDD (2021). It is stated that there has been a stabilization of the system of providing psychiatric care to patients with RSHS with a shift of emphasis to the outpatient link and the widespread introduction of prolonged AA. To the greatest extent, these trends are found in the increasing use of risperidone-const and prolonged forms of paliperidone. It is concluded that the psychiatric service is on the threshold of a new stage of development, which represents a way of personalizing psychiatric care based on an individual approach to the patient.

Keywords: psychiatric service, reorganization, antipsychotics, atypical antipsychotics of prolonged action, personalization of psychiatric care

References

1. Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2): 149-162, doi: 10.2165/00019053-200826020-00005
2. Tiganov A.S., Snezhnevskij A.V., Orlovskaya D.D., et al. Rukovodstvo po psihiatrii. (Pod red A.S. Tiganova) T. 1. [Handbook of Psychiatry. (A.S. Tiganov, Ed.) In 2 vols. Vol.] Moscow: Medicina, 1999. 712 p. (In Russ.)
3. Kaplan G.I., Sedok B.Dzh. Klinicheskaya psihiatriya. v 2 t. T. 1. [Kaplan G.I., Sadok B.J. Clinical psychiatry. In 2 vols., vol. 1.] Moscow: Medicina, 1998. 672 p. (In Russ.)
4. Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J.E., Day R., Bertelsen A. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation 10-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement* 1992; 20: 1-97, doi: 10.1017/s026418010000904.
5. World Health Organization. Schizophrenia. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. Accessed: 10.07.2023.
6. Yastrebov V.S. Organizaciya psihiatricheskoy pomoshchi: Istoricheskij ocherk. Rukovodstvo po psihiatrii v 2 t. T. 1. Pod red. A.S. Tiganova. [Organization of psychiatric care: A historical essay. Handbook of Psychiatry. (A.S. Tiganov, Ed.) In 2 vols., vol. 1.] Moscow: Medicina, 1999. P. 335 (In Russ.)
7. Hasan A., Falkai P., Wobrock T., Lieberman J., Glenthøj B., Gattaz W.F., Thibaut F., Möller H.J.; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 2013; 14(1): 2-44, doi: 10.3109/15622975.2012.739708
8. Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B., McGlashan T.H., Miller A.L., Perkins D.O., Kreyenbuhl J.; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (2 Suppl.): 1-56.
9. Barnes T.R. Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2011; 25(5): 567-620, doi: 10.1177/0269881110391123.
10. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE Clinical guidelines [CG 178], February 2014. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> Accessed: 10.07.2023.
11. Trevikta (Trevicta) Instrukciya po primeneniyu, protivopokazaniya i sostav [Trevicta Instructions for use, contraindications and composition]. Registr lekarstvennyh sredstv v Rossii [Register of Medicines in Russia], 2016. Available at: www.rlsnet.ru Accessed: 01.07.2023 (In Russ.)