

УДК 616.895.8–085

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е. Б. Любов и группа исследователей¹

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализы, научно-доказательные подходы психиатрии полезны для выявления ресурсов фармакотерапии, определения клинко-социальной эффективности и ресурсосберегающего потенциала отдельных препаратов в повседневной практике [3, 4, 13, 20, 28].

Материалы и методы исследования

Проведено многоцентровое ретроспективное исследование клинко-экономической эффективности длительного, не менее двух лет, лечения шизофрении распространенными атипичными антипсихотиками (АА) в отечественной внебольничной практике. Осуществлен многоуровневый «зеркальный» анализ в течение двух лет до назначения АА и за тот же период на их фоне. Клинический эффект определен «днями без болезни» пациентов: вне психиатрической больницы (ПБ) или дневного стационара (ДС). Фармакоэпидемиологический анализ указал причины выбора АА, их дозировки, частоту полифармации. Проведен фармакоэкономический анализ: за единицу затратной эффективности приняты затраты на дополнительный день внебольничной ремиссии. Стоимость психиатрических услуг (в руб. 2009 г.) рассчитана на основании утвержденных Правительством РФ тарифов в редакции Постановления Правительства РФ от 02.10.2009 №811 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» с учетом методических рекомендаций в редакции Письма МЗ от 21.12.2009 №20-0/10/2-10360 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий

оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» (табл. 1). При расчете стоимости фармакотерапии использованы усредненные цены базы данных (www.medlux.ru) на ноябрь 2009 года.

В исследование вошли 75 внебольничных пациентов психиатрических учреждений четырех регионов: Ейска (Ейский психиатрический диспансер), Екатеринбурга (диспансерное отделение ПБ №3), Краснодара (диспансерное отделение ПБ №7), Москвы (ПНД №8), получавших с 01.01.2007 до 31.12.2009 года rispoleпт-конста (РК), сероквель (кветиапин), зипрексу (оланзапин). Этот ряд охватывает все случаи длительного лечения АА в указанных учреждениях. Азалептин исключен из анализа в связи с его повсеместным неадекватным использованием в субтерапевтических дозах как снотворного [3]. На долю больных шизофренией пришлось до 97% назначений АА. В табл. 2 приведены исходные характеристики пациентов.

Большинство параметров пациентов сходно. В России доля лечащихся АА (исключая азалептин, отечественный генерик клозапина) больных шизофренией не превышает 10% (по данным аптечного и больничного аудита, RMBC, 2005–2009), как и в изученных учреждениях. Получающие АА – лица трудоспособного возраста, живущие в семье. Однако лишь в группе зипрексы доля работающих в обычных условиях выше вдвое, чем в популяции больных шизофренией, охваченных фармакотерапией [3]. Обращает внимание большая доля паци-

Таблица 1

Стоимость психиатрических услуг

Показатель	Величина (руб.)
Стоимость койко-дня в ПБ	1590,92
Стоимость дня лечения в ДС	536,22
Стоимость амбулаторного визита	310,41

¹Екатеринбург (Д.В.Детков), Ейск (Л.П.Каландинская), Краснодар (М.В.Сальников), Москва (И.Б.Полстяная).

Таблица 2

Исходная социально-демографическая характеристика пациентов

Показатели	РК (1)	Сероквель (2)	Зипрекса (3)	Всего	Различия (p)
Количество пациентов (чел.)	23	37	15	75	Незначимы (н/з)
Мужчины (%)	13 (56,52)	16 (43,24)	8 (53,33)	37 (49,33)	н/з
Средний возраст (лет)	43,26±5,65	43,22±4,20	35,17±4,32	40,92±2,99	p1-2 = 0,89
Инвалиды вследствие психического расстройства (%)	14 (60,87)	26 (70,27)	3 (20,00)	43 (57,33)	p1-3=0,012 p2-3=0,0009
Работающие в обычных условиях (%)	4 (17,39)	7 (18,92)	8 (53,33)	19 (25,33)	н/з
Пенсионеры по возрасту (%)	1 (4,35)	2 (5,41)	0 (0)	3 (4,00)	н / з
Учащиеся (%)	1 (4,35)	1 (2,70)	2 (13,33)	4 (5,33)	н/з
Состоящие в браке (%)	7 (30,43)	12 (32,43)	3 (20,00)	22 (29,33)	н/з
Разведенные (%)	4 (17,39)	8 (21,62)	2 (13,33)	14 (18,67)	н/з
Имеющие детей (%)	6 (26,09)	17 (45,95)	2 (13,33)	25 (33,33)	0,01
Одинокие (%)	0 (0)	2 (5,41)	1 (6,67)	3 (4,00)	н / з
Живущие с родственниками (%)	15 (65,22)	25 (67,57)	10 (66,67)	50 (66,67)	н/з
Психиатрический диагноз (МКБ-10)					
Шизофрения (%)	21 (91,30)	34 (91,89)	15 (100,00)	70 (93,33)	н / з
Параноидная форма (%)	19 (82,61)	30 (81,08)	15 (100,00)	64 (85,33)	н / з
Иные формы шизофрении (%)	2 (8,7)	4 (10,81)	0	6 (8,0)	н / з
Непрерывное течение (%)	14 (60,9)	12 (32,4)	5 (33,3)	35 (46,7)	p1-2, 2-3<0,03
Шизоаффективное расстройство (%)	2 (8,7)	1 (2,7)	0 (0)	3 (4,0)	н/з
Длительность шизофрении (лет)	11,55±7,50	6,73±7,63	2,44±2,00	7,78±7,58	0,006
«Ранняя шизофрения» (первые 5 лет верифицированного диагноза) (%)	17 (73,91)	15 (40,54)	4 (26,67)	36 (48,0)	p1-2, 1-3<0,02
Часто госпитализируемые пациенты (>двух раз за последние 2 года наблюдения) (%)	4 (17,39)	11 (29,7)	5 (33,3)	20 (26,7)	н/з
Пациенты с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями (%)*	16 (69,57)	13 (35,14)	7 (46,67)	36 (48,00)	p1-2=0,016 p2-3=0,013
Количество сопутствующих хронических заболеваний на пациента	1,9	1,5	1,7	1,7	н / з
Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), (%)	4 (17,39)	0 (0)	2 (13,33)	6 (8,00)	0,036

Примечания: * – требующие постоянного лечения.

ентов на ранних этапах шизофрении по сравнению с их представленностью в ПНД, до 15% [1], как и часто госпитализируемых больных [3]. Параноидная форма шизофрении «поглощает» иные формы процесса, что скорее связано с артефактом диагностики в повседневной практике. Доминирует непрерывная форма шизофрении, видимо, в связи с гипердиагностикой практическими врачами такого

течения у больных с протрагированными приступами. Шизоаффективное расстройство обычно не диагностируется, что отражается и на качестве лечения (не включаются своевременно нормотимики). Доля злоупотребляющих ПАВ среди леченных АА многократно меньше, чем в популяции шизофрении [3]. Значительна часть пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями, что тре-

Таблица 3

Причины назначения АА

Причины назначения АА, чел. (%)	РК	Сероквель	Зипрекса	Суммарно
Непереносимость предшествующей терапии: экстрапирамидные расстройства (ЭПР)	9 (39,13)	20 (54,05)	6 (40,00)	35 (46,67)
Частичный эффект предыдущего поддерживающего лечения	4 (60,87)	28 (65,67)	11 (73,33)	43 (57,33)
Положительный эффект данным АА в прошлом	2 (8,70)	7 (18,92)	1 (6,67)	10 (13,33)
Несоблюдение лекарственного режима пациентом (<60% времени назначения лекарств)	3 (13,04)	2 (5,41)	1 (6,67)	6 (8,00)
Активная просьба пациента	1 (4,35)	2 (5,41)	1 (6,67)	4 (5,33)

бует особого внимания при выборе психотропного препарата. Если злоупотребление ПАВ повышает риск несоблюдения режима фармакотерапии и снижает ее эффективность, то соматическое отягощение нередко снижает переносимость психотропных средств, что сопряжено с неблагоприятными последствиями полифармации.

Результаты исследования и обсуждение

Причины назначения АА представлены в табл. 3.

Различия частоты причин назначения отдельных АА не отмечены. Получающие зипрексу моложе (между подгруппами РК и сероквеля нет различий), имеющих детей больше среди получающих сероквель, однако социо-демографические характеристики пациентов в больших выборках мало связаны с выбором АА в отличие от профиля их нежелательных действий [17]. Наиболее частым основанием для перевода на АА пациента служит плохая переносимость предшествующей терапии, но врачи фиксированы лишь на дозозависимых неконтролируемых ЭПР. При этом средняя дозировка ТН перед назначением АА не превышала 600 мг в сутки хлорпромазинового эквивалента, то есть соответствовала рекомендованной [12], более 80% пациентов принимали корректоры ЭПР. Назначением АА нового поколения врачи не пытаются решать проблему терапевтической резистентности: не доказан дополнительный клинический эффект «тасования» АА [26], но и не используют резервы клозапина (азалептина). Итак, ведущим основанием назначения АА становится безопасность терапии в аспекте развития неврологических нежелательных расстройств как наиболее доказательное преимущество АА над типичными нейролептиками (ТН) [23]. Существенное внимание уделено врачами укреплению ремиссии в духе концепции выздоровления [6]. Учтены пожелания пациента как залог терапевтического союза с врачом и положительный опыт лечения данным препаратом (эмпирическое основание выбора лекарства).

Дозировки АА – важный фактор достижения максимального симптоматического эффекта [12]. «Излишнее лечение» удорожает лечение АА без дополнительного эффекта и увеличения риска дозозависимых нежелательных действий [27],

«недолечение» не окупает затрат на обеспечение лекарством [3, 4]. Врачи лечат минимальными терапевтическими дозами АА, рекомендованными для внебольничного лечения [12]. Не отмечено различий в дозировках у больных на ранних этапах шизофрении и хронически больных; для первых дозы АА, возможно, завышены [11]. Нет различий в дозах АА в 1-й и 2-й годы терапии (табл. 4).

РК в дозе 50 мг/2 недели получали лишь 2 (8,7%) пациента в первый год и 1 (4,35%) через 2 года; 25 мг – 14 (60,9%). Примечательно, что 2 пациента лечились, против рекомендаций, РК 25 мг/30 дней, что имеет некое теоретическое обоснование по достижении стабильного уровня РК в крови [8].

Безопасность терапии. Данные о типах и частоте нежелательных эффектов приведены в табл. 5.

При лечении АА изменен спектр нежелательных явлений. Различия нежелательных действий отдельных АА соответствуют полученным на больших выборках [24]. В группе закономерно снижен риск ЭПР (в большей мере в подгруппе сероквеля) при увеличении частоты метаболических расстройств. Пациенты, однако, не рассматривали нежелательные действия как неприемлемые, продолжая лечение АА, полагая, видимо, что польза лечения превышает его «риск». Лишь 1 пациент подгруппы зипрексы переведен в связи с прогрессирующим ростом веса на зелдокс. У остальных повышение веса (более 10% от исходного) прекратилось спустя 3–6 месяцев. Только в подгруппе сероквеля значимо ($p < 0,046$) снижение числа нежелательных эффектов в расчете на пациента (рис. 1): уменьшена частота ЭПР, но увеличено число пациентов с бессонницей и апатией. Возможно, речь идет о неудовлетворительно распознаваемой в повседневной практике постшизофренической депрессии. Симптомы гиперпролактинемии, как правило, просматриваются в повседневной практике.

Таблица 4

Средние дозы атипичных антипсихотиков

Препарат	1-й год лечения	2-й год лечения
Рисполепт-конста (мг/ 2 недели)	30,43±3,38	29,35±2,93
Сероквель (мг/день)	335,14±41,05	346,67±53,76
Зипрекса (мг/день)	10,67±1,31	10,67±1,31

Таблица 5

Спектр нежелательных действий АА и динамика их частоты

За 2 года до начала лечения	ПК		Сероквель		Зипрекса		Всего	
	N (%)		N (%)		N (%)		N (%)	
бессонница	4	17,39	4	10,81	2	13,33	10	13,33
апатия	1	4,35	2	5,41	0	0,00	3	4,00
тревога	1	4,35	0	0,00	0	0,00	1	1,33
вялость, слабость	0	0,00	1	2,70	0	0,00	1	1,33
дневная сонливость	0	0,00	1	2,70	1	6,67	2	2,67
раздражительность	0	0,00	1	2,70	1	6,67	2	2,67
ЭПР	4	17,39	12	32,43	9	60,00	25	33,33
увеличение веса тела	0	0,00	1	2,70	0	0,00	1	1,33
За 1 год до начала лечения	ПК		Сероквель		Зипрекса		Всего	
бессонница	5	21,74	7	18,92	2	13,33	14	18,67
апатия	1	4,35	3	8,11	1	6,67	5	6,67
тревога	1	4,35	1	2,70	0	0,00	2	2,67
вялость, слабость	0	0,00	1	2,70	0	0,00	1	1,33
дневная сонливость	1	4,35	0	0,00	0	0,00	1	1,33
раздражительность	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
ЭПР	6	26,09	14	37,84	10	60,00	30	40,00
увеличение веса тела	1	4,35	0	0,00	0	0,00	1	1,33
1 год лечения	ПК		Сероквель		Зипрекса		Всего	
бессонница	8	34,78	10	27,03	3	20,00	21	28,00
апатия	1	4,35	4	10,81	0	0,00	5	6,67
тревога	2	8,70	0	0,00	1	6,67	3	4,00
вялость, слабость	0	0,00	2	5,41	0	0,00	2	2,67
раздражительность	1	4,35	1	2,70	1	6,67	3	4,00
ЭПР	1	4,35	1	2,70	1	6,67	3	4,00
симптомы гиперпролактинемии	1	4,35	0	0,00	0	0,00	1	1,33
увеличение веса тела	0	0,00	0	0,00	3	20,00	3	4,00
2 года лечения	ПК		Сероквель		Зипрекса		Всего	
бессонница	9	39,13	9	24,32	3	20,00	21	28,00
апатия	3	13,04	5	13,51	0	0,00	8	10,67
тревога	0	0,00	0	0,00	1	6,67	1	1,33
вялость, слабость	0	0,00	3	8,11	0	0,00	3	4,00
раздражительность	1	4,35	1	2,70	2	13,33	4	5,33
ЭПР	3	13,05	1	2,70	1	6,67	5	6,67
симптомы гиперпролактинемии	3	13,05	0	0,00	0	0,00	3	4,00
увеличение веса тела	0	0,00	1	2,70	5	26,67	6	8,00

Клинический эффект терапии. Терапия АА привела к значительному увеличению доли «ремитированных» пациентов, различия между группами носят качественный характер (рис. 2).

Потребность в «ресурсоемкой» больничной помощи снижена (рис. 3, 4).

Длительность эпизода лечения в ПБ на ранних этапах шизофрении и при хроническом течении сходна (рис. 5), но она меньше, чем в популяции шизофрении в целом [2].

Увеличение потребности в ДС (рис. 6, 7) также косвенно указывает на облегчение течения шизофрении.

Частота амбулаторных визитов неизменна в группах сероквеля и зипрексы, увеличена в группе РК (рис. 8), лечение которым требует двухнедельного интервала между инъекциями.

Статистически значимы различия в частоте визитов больных на ранних этапах шизофрении и хронических пациентов после 1 и 2 лет наблюдения (рис. 9), что, возможно, указывает на более устойчивое состояние первых и/или меньшее внимание врачей к ним. Для сравнения: среднее количество визитов больных шизофренией, охваченных фарма-

котерапией, за год 4–6 [1, 3]. Частота визитов свидетельствует о хорошем комплаенсе пациентов, определяемом обычно полноценной связью врача-пациента, подкрепляемой выбором «дружественного» больному лекарства.

Полифармация. Большинство (80%) пациентов получало ТН перед назначением АА. То есть большая доля пациентов (20%), чем в популяции шизофрении принимали ранее АА, но не более 3 месяцев. Перед назначением РК 8 человек получали таблетированную форму рисполепта. На рис. 10

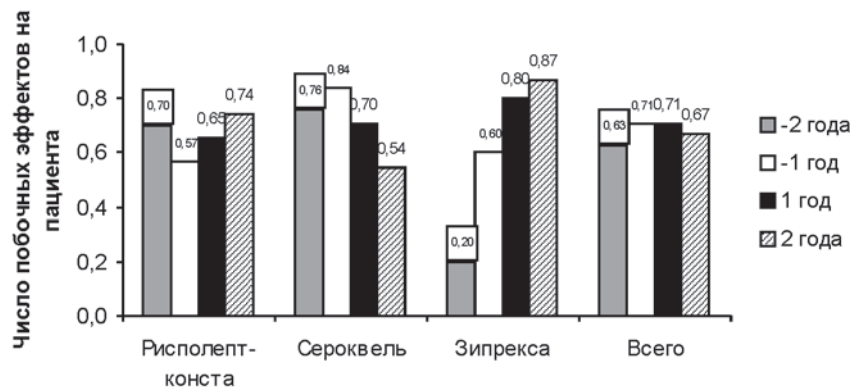


Рис. 1. Число нежелательных действий в расчете на пациента

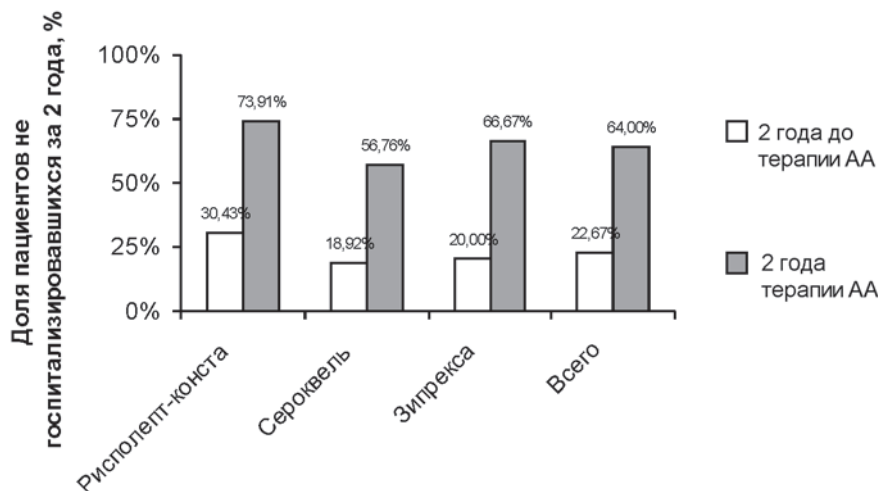


Рис. 2. Доля пациентов, не лечившихся в ПБ и ДС, в течение двух лет до и после назначения АА

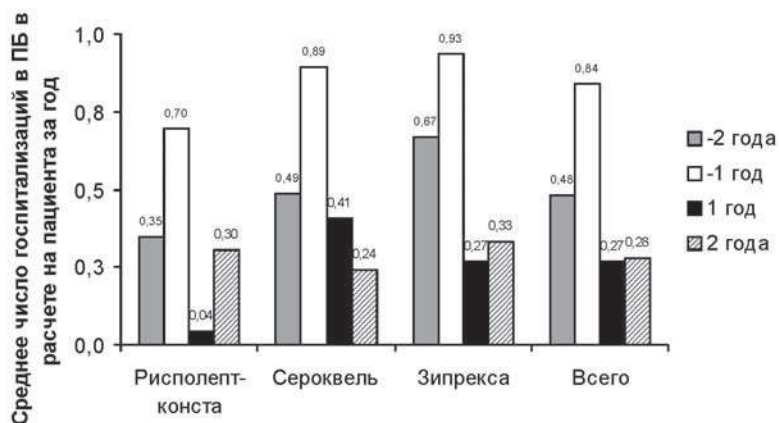


Рис. 3. Среднее число госпитализаций на пациента за год

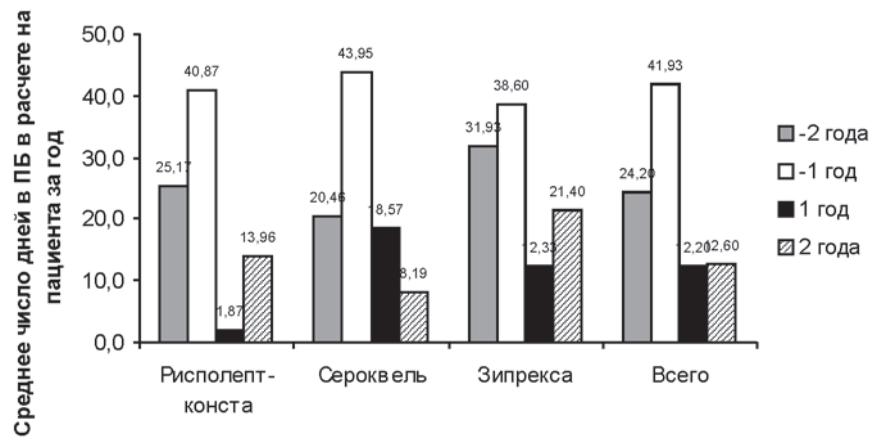


Рис. 4. Среднее число дней госпитализаций в расчете на пациента за год

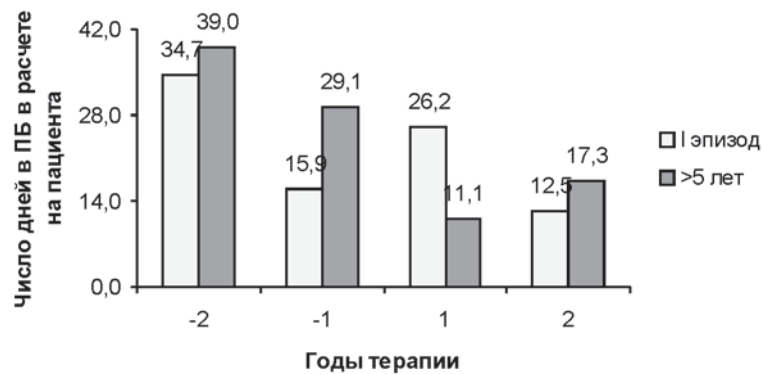


Рис. 5. Длительность госпитализации

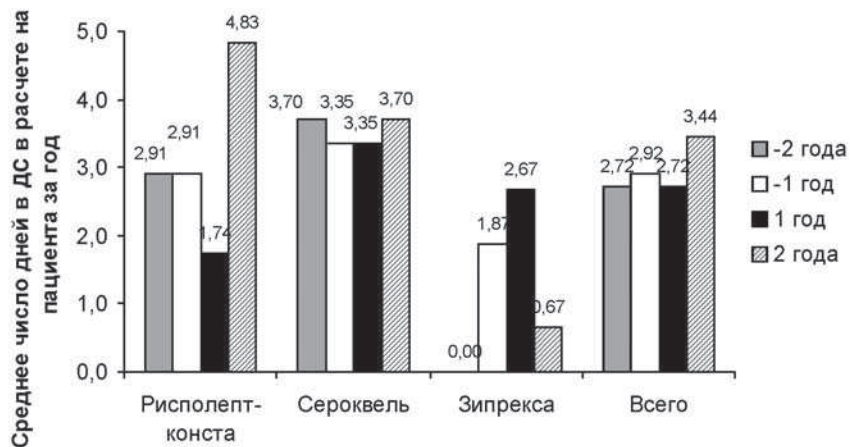


Рис. 6. Среднее число дней лечения в ДС в расчете на пациента за год

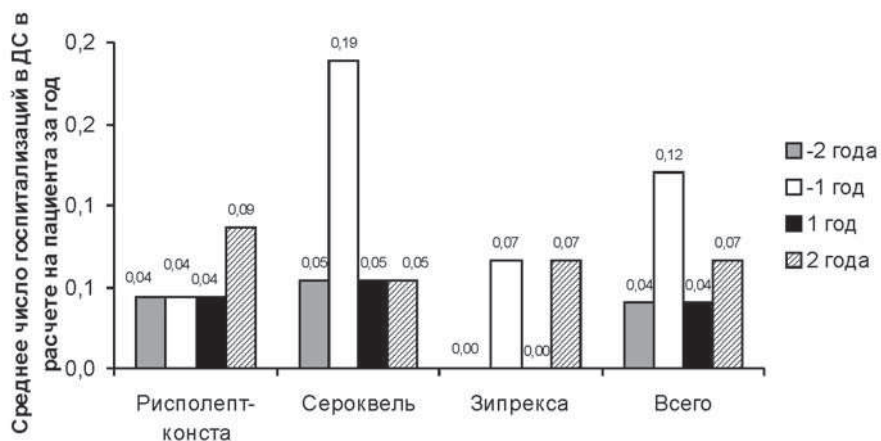


Рис. 7. Среднее число эпизодов лечения в ДС на пациента за год

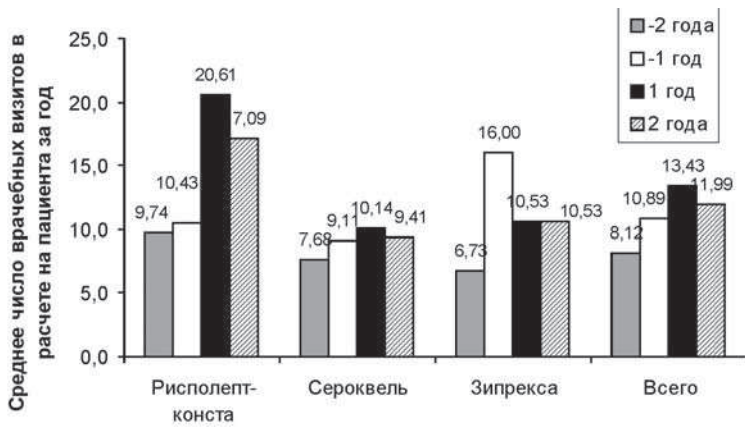


Рис. 8. Среднее число амбулаторных визитов на пациента за год на фоне отдельных АА

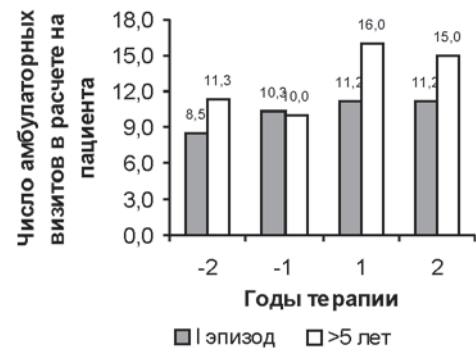


Рис. 9. Частота амбулаторных визитов на фоне лечения АА

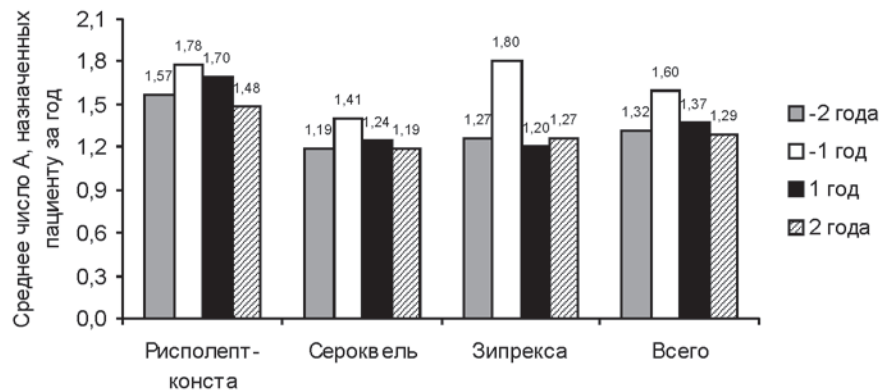


Рис. 10. Среднее число антипсихотиков (А), назначенных пациенту в течение года

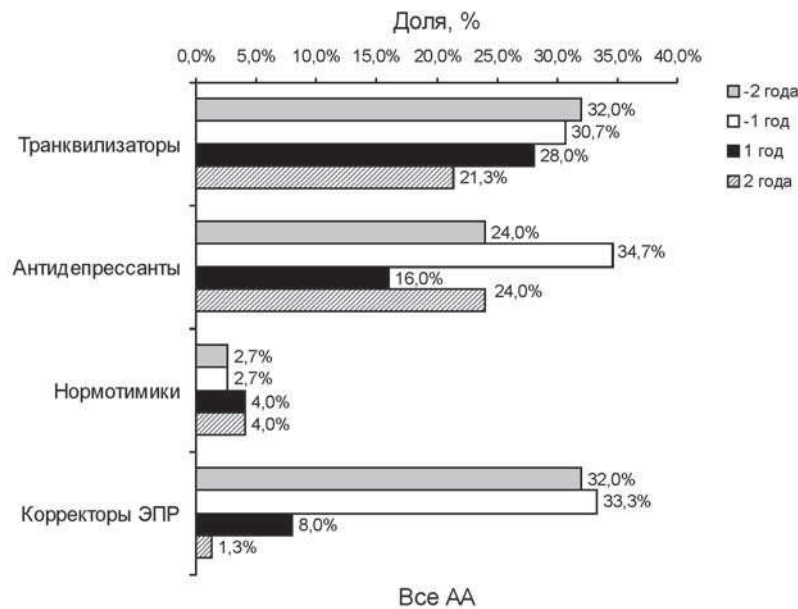


Рис. 11. Все АА: сопутствующая терапия

указана динамика частоты назначений сопутствующих антипсихотиков до и на фоне лечения изучаемыми АА.

Наиболее часто (почти в половине случаев) назначен азалептин как снотворное. Произошло уменьшение

сочетания нейролептиков, но только для группы зипрексы снижение значимо ($p < 0,001$). Таким образом, видимо, заниженные дозы АА компенсируются «наслоением» иных нейролептиков. При недоказанном клиническом смысле сочетания



Рис. 12. РК: сопутствующая терапия



Рис. 13. Серквель: сопутствующая терапия

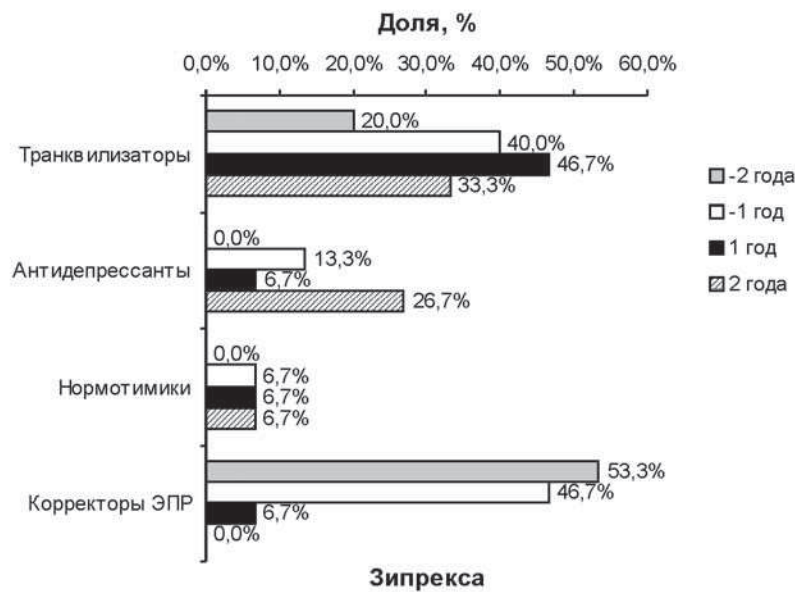


Рис. 14. Зипрекса: сопутствующая терапия

антипсихотиков, сочетание ТН и/или АА типично для повседневной психиатрической практики [3, 14, 19, 20]. Чаще назначены депонированные формы нейролептиков пациентам, получавшим затем РК, что косвенно указывает на проблемы лекарственного комплайенса пациентов. На рисунках 11–14 показана оптимизация структуры психофармакотерапии на фоне длительного лечения АА. Прогнозируемо уменьшение потребности в бензодиазепинах и корректорах ЭПР. Сохраняется потребность в антидепрессантах, хотя антидепрессивный эффект АА, например, серквеля показан международными клиническими исследованиями [5]. Длительное лечение АА (серквелем) способ-

ствует облегчению депрессии [21], возможно, в связи с воздействием на тесно связанные с аффектом психотические симптомы, что не исключает назначения антидепрессантов при «очищении» ремиссии. Нормотимики представлены лишь финлепсином в дозировке не выше 600 мг в сутки.

Фармакоэкономический анализ

На фоне АА изменена структура психиатрических затрат (табл. 8).

При некотором увеличении затрат на внебольничную помощь (ДС, визиты к врачу), на что указывают «минусовые» значения затрат, отмечена на порядок и более превышающая их экономия в доро-

Таблица 8

Изменение структуры медицинских затрат при длительном лечении АА

АА	Амбулаторные визиты	Лечение в ДС	Лечение в ПБ
РК	-5 439	79 891	-246
сероквель	-856	59 895	0
зипрекса	517	58 545	-786

гостящем больничном звене. Однако затраты на обеспечение РК, сероквелем и зипрексой составили за 2 года 424 131, 114 475 и 162 975 руб. соответственно и превышают достигнутую выгоду. Стоимость «выигрыша» дня внебольничной ремиссии составила 6 236, 280 и 1 783 руб. соответственно. Полученные результаты понятны в связи с диспропорционально (стоимость АА) низкими затратами на психиатрическую помощь в России. Любой АА выявляет в полной мере клинический и фармакоэкономический потенциал при выделении целевых групп пациентов [3, 5, 11]. Для подтверждения гипотезы о предпочтительном выборе АА согласно его профилю нежелательных действий сравнены медицинские затраты на 20 пациентов с ЭПР, включенных в группу сероквеля, с оставшимися 17 пациентами, получающими сероквель вне связи с риском ЭПР. Большинство пациентов за два года до назначения сероквеля также получали иные АА, а также корректоры ЭПР. Ни один пациент не нуждался в корректорах ЭПР при лечении сероквелем. При сходных суммарных медицинских затратах за два года до назначения сероквеля (155 293 и 155 515 руб.) на фоне последнего медицинские издержки снижены за последующие 2 года у пациентов с ЭПР (146 252 руб.) в основном за счет упрочения ремиссии (23,29 и 60,85 дополнительных дней ремиссии в пересчете на пациента) при лучшей приверженности к поддерживающей терапии, но в подгруппе пациентов без ЭПР в анамнезе затраты возросли до 184 036 руб. Существенно изменившаяся нагрузка на ДС (13 и 2 дня в пересчете на пациента соответственно) указывает на облегчение состояния пациентов с ЭПР в анамнезе, не требующее стационарирования при лечении сероквелем. В результате затраты на дополнительный день внебольничной ремиссии составили – 149 и 1 224 руб., соответственно. Отрицательные значения затрат в первом случае показывают, что терапия сероквелем при выборе пациентов с риском ЭПР более эффективна при меньших затратах, нежели предыдущее лечение иными АА.

Ограничения исследования. Ряд изучаемых АА ограничен в повседневной отечественной практике,

причем в анализ не вошел рисполепт. Несколько пациентов получали его таблетированную форму при подборе дозы РК согласно рекомендациям [8]. Частота назначений рисполепта до 39% за год и 17% за 2 года до назначения РК. Малые выборки пациентов затрудняют сделать однозначный вывод по поводу отмеченных отличий характеристик пациентов, леченных различными АА. Частота нежелательных явлений определена лишь по отчетам врача. При оценке риска тех или иных нежелательных действий терапии не учтен суммарный риск полифармации. Скудное лекарственное обеспечение ПНД сужает выбор пациента при отказе от АА, что опосредованно повышает приверженность к настоящей терапии. При выделении ремитированных пациентов не учтены амбулаторные рецидивы (обострения), но не менее трети внебольничных пациентов достигает симптоматической ремиссии при систематическом лечении АА [25, 29]. Используются ценовые показатели психиатрических услуг, возможно, превышающие реальные в изучаемых регионах. Не учтены затраты на соматотропные препараты, общемедицинскую помощь и бремя семьи. Не указана социальная эффективность терапии АА, предполагаемая при психической стабилизации пациента. Так, степень трудоспособности – более уместный и реальный результат лечения шизофрении, нежели изменение клинической картины.

Выводы

Выбор АА психиатрами в повседневной психиатрической практике в основном из соображений безопасности фармакотерапии опосредованно приводит к упрочению ремиссии как основной цели фармакотерапии при хорошей переносимости и приверженности лечению пациентов. Именно стабилизация психического состояния на фоне систематической длительной фармакотерапии позволяет в полной мере реализовать ресурсосберегающий потенциал психосоциальных воздействий [9] и облегчает путь выздоровления [6]. На популяционном уровне пока не показано фармакоэкономическое доминирование ни одного АА [5, 15, 18], хотя дискуссии о различиях АА в аспектах действенности [22] или клинической эффективности [16] продолжаются. Сероквель в данном исследовании за счет меньшей стоимости среднесуточной терапевтической дозы при сходных снижении потребности в больничной помощи и затратах на дополнительную фармакотерапию доминирует в ряду АА в аспекте затраты-эффективность, что важно учитывать в условиях хронического дефицита медицинских ресурсов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В. и соавт. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 4. С. 10–14.
2. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). М.:

Медпрактика-М, 2007. 572 с.

3. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2003. 264 с.

4. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Рисперидон: фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая характеристики // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 3. С. 44–53.

5. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Сероквель в ряду других антипсихо-

тиков при лечении больных шизофренией // Русский медицинский журнал. 2008. Т. 16, № 2. С. 1705–1710.

6. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении: Концепция «гесовегу» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.

7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. Проблемные группы больных шизофренией // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незванова и соавт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 485–490.

8. Любов Е.Б. Рациональный выбор пролонгированной формы рisperидона: клиническое и фармакоэкономическое обоснование // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 10, № 2. С. 43–49.

9. Любов Е.Б. Кветиапин (сероквел) и биопсихосоциальный подход при шизофрении // Русский медицинский журнал. 2008. Т. 16, № 26. С. 1796–1801.

10. Любов Е.Б. Фармакоэкономический анализ поддерживающей терапии абилифаем, зелдоксом, zipрексой, рisperидом, сероквелом и солианом больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 74–81.

11. Любов Е.Б., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю. Фармакоэкономический анализ поддерживающей терапии сероквелом, рisperидом и zipрексой больных в первом эпизоде шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, № 2. С. 50–57.

12. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича, С.Н.Мосолова и соавт. М.: Медпрактика-М, 2007. 260 с.

13. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Андрющенко А.В. и соавт. Практика стационарной терапии острых психотических состояний кветиапином (сероквелом) по итогам программы «наследие» (ретроспективное натуралистическое исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 47–60.

14. Ararasu R.R., Jano E., Bhatara V. Concomitant antipsychotic prescribing in US outpatient settings // Res. Social Adm. Pharm. 2009. Vol. 5. P. 234–241.

15. Barbui C., Lintas C., Percudani M. Head-to-head comparison of the costs of atypical antipsychotics: a systematic review // CNS Drugs. 2005. Vol. 19. P. 935–950.

16. Dossenbach M., Pecenak J., Szulc A. et al. Long-term antipsychotic monotherapy for schizophrenia: disease burden and comparative outcomes for patients treated with olanzapine, quetiapine, risperidone, or haloperidol monotherapy in a pan-continental observational study // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69. P. 1901–1915.

17. Edlinger M., Hofer A., Rettenbacher M.A. et al. Factors influen-

cing the choice of new generation antipsychotic medication in the treatment of patients with schizophrenia // Schizophr. Res. 2009. Vol. 113, N 2–3. P. 246–251.

18. Edwards N.C., Pesa J., Meletiche D.M. et al. One-year clinical and economic consequences of oral atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia // Curr. Med. Res. Opin. 2008. Vol. 24. P. 3341–3355.

19. Kane J.M., Correll C.U., Goff D.C. et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, 16-week study of adjunctive aripiprazole for schizophrenia or schizoaffective disorder inadequately treated with quetiapine or risperidone monotherapy // J. Clin. Psychiatry. 2009. Vol. 70. P. 1348–1357.

20. Karagianis J., Williams R., Davis L. et al. Antipsychotic switching: results from a one-year prospective, observational study of patients with schizophrenia // Curr. Med. Res. Opin. 2009. Vol. 25. P. 2121–2132.

21. Lee K.U., Jeon Y.W., Lee H.K., Jun T.Y. Efficacy and safety of quetiapine for depressive symptoms in patients with schizophrenia // Hum. Psychopharmacol. 2009. Vol. 24. P. 447–452.

22. Leucht S., Komossa K., Rummel-Kluge C. et al. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2009. Vol. 166. P. 152–163.

23. Naber D., Lambert M. The CATIE and CUtLASS studies in schizophrenia: results and implications for clinicians // CNS Drugs. 2009. Vol. 23. P. 649–659.

24. Novick D., Haro J.M., Perrin E. et al. Tolerability of outpatient antipsychotic treatment: 36-month results from the European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study // Eur. Neuropsychopharmacol. 2009. Vol. 19. P. 542–550.

25. Novick D., Haro J.M., Suarez D. et al. Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study // Schizophr. Res. 2009. Vol. 108, N 1–3. P. 223–230.

26. Rosenheck R.A., Davis S., Covell N. et al. Does switching to a new antipsychotic improve outcomes? Data from the CATIE Trial // Schizophr. Res. 2009. Vol. 107, N 1. P. 22–29.

27. Simon V., van Winkel R., De Hert M. Are weight gain and metabolic side effects of atypical antipsychotics dose dependent? A literature review // J. Clin. Psychiatry. 2009. Vol. 70. P. 1041–1050.

28. Stargardt T., Weinbrenner S., Busse R. et al. Effectiveness and cost of atypical versus typical antipsychotic treatment for schizophrenia in routine care // J. Ment. Health Policy Econ. 2008. Vol. 11, N 2. P. 89–97.

29. Wobrock T., Koehler J., Klein P., Falkai P. Achieving symptomatic remission in out-patients with schizophrenia – a naturalistic study with quetiapine // Acta Psychiatr. Scand. 2009. Vol. 120. P. 120–128.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е. Б. Любов и группа исследователей

В ходе многоцентрового ретроспективного двухлетнего исследования подтвержден клинико-экономический эффект лечения шизофрении в повседневной практике рisperидом конста, сероквелом, оланзапином за счет упрочения ремиссии как основной цели фарма-

котерапии. Обсуждается вопрос о дифференцированном и целевом назначении атипичных антипсихотиков.

Ключевые слова: атипичные антипсихотики, длительное лечение, шизофрения, клинический, экономический эффекты.

PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL AND PHARMACOECONOMIC ANALYSIS OF LONG-TERM MEDICATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS IN EXTRAMURAL PSYCHIATRIC DAILY PRACTICE

E. B. Lyubov et al.

In the course of a multicentre retrospective two-year investigation, researchers confirmed clinical-economic effect of treating schizophrenia in regular practice with Risperidol Consta, Seroquel and Olanzapine, with better remission as a main goal of medication. The authors discuss the

issue of differentiated and target-oriented prescription of atypical antipsychotics.

Key words: atypical antipsychotics, long-term medication, schizophrenia, clinical and economic effects.

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru