

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОБРАЩАЕМОСТЬ В КАБИНЕТЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ*

К. Раджагопалан, М. Дж. Ладж

США

Во введении авторы приводят результаты сравнения традиционных и атипичных антипсихотиков, согласно которым последние характеризуются меньшей выраженностью экстрапирамидных побочных эффектов (1, 7) и поздней дискинезии (3, 5), обнаруживают более высокую эффективность (11, 12), обусловленную лучшим соблюдением лекарственного режима, а также способствуют улучшению качества жизни (КЖ) больных. Кроме того, указывается на различия между рядом антипсихотиков нового поколения. К ним авторы относят потенциально более высокий риск прибавки веса и/или развития сахарного диабета при использовании оланзапина и клозапина (9, 14) и увеличение интервала QT в случаях применения зипразидона (8). Прямое сопоставление оланзапина и рисперидона показывает, что оланзапин более эффективен в отношении негативной симптоматики (4) и способствует улучшению качества жизни больных (6), в то время как рисперидон в большей степени редуцирует выраженность позитивной и аффективной симптоматики (2). Кветиапин превосходит рисперидон по степени влияния на показатели депрессии, а также обнаруживает более благоприятный профиль экстрапирамидных побочных эффектов (10, 13).

Целью проведенного исследования являлось сравнение результатов применения в натуралистических условиях трех наиболее используемых атипичных антипсихотиков: рисперидона, оланзапина и кветиапина, а также оценка влияния терапии этими препаратами на госпитализацию и обращаемость в кабинеты неотложной помощи как ключевых критериев обострения заболевания и показателей, определяющих стоимость лечения.

Материал и методы исследования

Анализируемые сведения были получены из базы данных частного медицинского страхования и ка-

сались объема потребления медицинских ресурсов, получения стационарной и амбулаторной помощи и выписки лекарств.

В анализ включались пациенты с диагнозом психического расстройства согласно международной классификации болезней 9 пересмотра (МКБ-9), шифры 290.xx–319.xx, которым впервые назначалась терапия рисперидоном, оланзапином или кветиапином в период с 1 июля 1998 года по 2 июля 2002 года («исходная дата»); обязательным являлось проведение лечения как минимум в течение 6 месяцев до и 6 месяцев после исходной даты.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием t-критерия Стьюдента, критерия χ^2 , теста McNemar, а также ANCOVAs.

Результаты

Выборка составила 23 778 больных: 9 339 пациентам назначался рисперидон, 8 730 – оланзапин и 5 709 – кветиапин. Распределение больных по полу, возрасту и диагнозам представлено в табл. 1. Согласно данным, полученным авторами исследования, оланзапин чаще назначался лицам с биполярным расстройством ($p < 0,05$), а кветиапин в меньшем по сравнению с другими препаратами числе случаев использовался для лечения больных шизофренией и депрессией ($p < 0,05$).

Динамика показателей. Пациенты всех трех лечебных групп при сравнении результатов терапии обнаруживали значительные различия в уровне гос-

Таблица 1

Клинико-демографические характеристики больных

Показатель	Рисперидон (n=9 339)	Оланзапин (n=8 730)	Кветиапин (n=5 709)
Средний возраст	37,39	40,37	39,61
Женщины, %	54,98	58,47	61,44
Шизофрения, %	7,74	8,16	7,01
Биполярное расстройство, %	24,77	27,97	25,04
Деменция, %	1,70	1,51	1,17
Униполярная депрессия, %	46,09	46,59	44,42

* Расширенный реферат постерного сообщения, сделанного на ежегодном съезде Американской психиатрической ассоциации (21–26 мая 2005 года, Атланта, Джорджия), предоставлен для публикации компанией АстраЗенека.

питализаций, обращаемости в кабинеты неотложной помощи, а также среднем количестве поступлений в больницу до и после назначения атипичных антипсихотиков. Эти выводы оказались справедливыми и для подгрупп пациентов, страдающих шизофренией и биполярным расстройством (табл. 2).

Пациенты на терапии кветиапином имели значительно ($p < 0,05$) более низкий уровень госпитализаций и посещений кабинетов неотложной помощи, а также число поступлений в стационар по сравне-

Рис. 1. Процент больных, госпитализируемых в период лечения атипичным антипсихотиком

Таблица 2

Динамика изучаемых показателей за 6-месячный период лечения атипичными антипсихотиками по сравнению с предшествующими 6 месяцами терапии

Показатели	рисперидон	оланзапин	кветиапин
Количество (%) госпитализированных больных	1,71*	2,47*	-4,62*
Число посещений кабинетов экстренной помощи	4,69*	3,87*	-2,98*
Количество госпитализаций	0,12*	0,13*	-0,08*
Больные шизофренией	n=723	n=712	n=403
Количество (%) госпитализированных больных	10,37*	11,09*	4,96*
Число посещений кабинетов экстренной помощи	5,81*	5,20*	-0,75
Количество госпитализаций	0,55*	0,46*	0,11*
Больные биполярным расстройством	n=2313	n=2442	n=1436
Количество (%) госпитализированных больных	7,22*	6,15*	-2,38*
Число посещений кабинетов экстренной помощи	5,58*	5,41*	-2,73*
Количество госпитализаций	0,37*	0,29*	-0,02

Примечание: * – $p < 0,05$.

Рис. 2. Процент больных, посетивших кабинет неотложной помощи в период лечения атипичными антипсихотиками

Рис. 3. Количество госпитализаций больных в период лечения атипичными антипсихотиками

нию с больными, получающими оланзапин и рисперидон (рис. 1–3). Данная закономерность сохранялась и для подгрупп пациентов с диагнозом шизофрении и биполярного расстройства.

На основании полученных данных авторы приходят к выводу, что между антипсихотиками нового поколения имеются существенные различия. В частности, подчеркиваются преимущества кветиапина по сравнению с рисперидоном и оланзапином в отношении их влияния на госпитализацию и обращаемость в кабинеты неотложной помощи, что отражает уровень обострения симптоматики и сказывается на стоимости лечения. В то же время, указывается необходимость дальнейших исследований, уточняющих особенности действия различных антипсихотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Campbell M. et al. // *Br. J. Clin. Pharmacol.* – 1999. – Vol. 47. – P. 13–22.
2. Conley R.R. et al. // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 765–774.
3. Dolder C.R. et al. // *Biol. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 53. – P. 1143–1145.
4. Feldman P.D. et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 998–1004.
5. Glazer W.M. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 61, Suppl 4. – P. 21–26.
6. Gureje O. et al. // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 66.1. – P. 303–314.
7. Kapur S. et al. // *Ann. Rev. Med.* – 2001. – Vol. 52. – P. 503–517.
8. Kelly D.L. et al. // *Psychopharmacol. Bull.* – 2001. – Vol. 35. – P. 68–79.
9. Nasrallah H. // *Psychoneuroendocrinology.* – 2003. – Vol. 26, Suppl. 1. – P. 83–96.
10. Mullen J. et al. // *Clin. Ther.* – 2001. – Vol. 23. – P. 1839–1854.
11. Raggi M.A. et al. // *Curr. Med. Chem.* – 2004. – Vol. 11. – P. 279–296.
12. Ritchie C.W. et al. // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 18. – P. 432–440.
13. Sajatovic M. et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63. – P. 1156–1163.
14. Schwenkreis P. et al. // *World J. Biol. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 5. – P. 73–82.

HOSPITALIZATION AND EMERGENCY ROOM VISITS BEFORE AND AFTER TREATMENT WITH ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS

K. Rajagopalan, M.J.Lage

Objective: Examine the mean difference in hospitalization and emergency room (ER) visit rates pre- and post-initiation of risperidone, olanzapine or quetiapine.

Methods: Retrospective analysis of a commercial claims database capturing inpatient, outpatient and prescription drug services. Patients having a mental illness diagnosis and initiating treatment with risperidone (N=9339), olanzapine (N=8730) or quetiapine (N=5790) between July 1, 1998 and July 2, 2002 were identified. Mean differences in the hospitalization or ER visit rates and differences in mean number of hospitalizations between the 6 months before and the 6 months after antipsychotic initiation across the 3 treatments were examined using analyses of covariance (ANCOVAs), controlling for age, gender, region and type of mental illness diagnosis.

Results: Patients who initiated treatment with olanzapine or risperidone were found to have significantly higher rates of hospitalization

or ER visits rates in 6 months after initiation of medication than in the 6 months before. In addition, the mean number of hospitalizations was significantly higher for patients who initiated therapy with olanzapine or risperidone in 6 months after initiation of therapy than during the 6 months before. In contrast, patients who initiated therapy with quetiapine had a significantly lower difference in the rates of hospitalization and ER visits, and a significantly lower mean number of hospitalizations during the 6 months after beginning quetiapine than during the 6 months pre-initiation. Results were similar for subgroups of patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder.

Conclusion: Unlike olanzapine or risperidone, quetiapine may be associated with lower rates of hospitalization and ER visits as well as a reduction in the mean number of hospitalizations after medication initiation. These results suggest a more favorable side-effect profile and/or better compliance with quetiapine and therefore merit investigation.