

ПРИМЕНЕНИЕ СОЛИАНА НА РАННИХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ (КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Е. Б. Любов, М. В. Магомедова,
А. С. Дороднова, Л. Г. Мовина, Е. А. Белокурова, А. А. Бессонова

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии Росздрава

В настоящее время требования к оказанию психиатрической помощи сочетают комплексность воздействия с точным определением задач вмешательства и его стоимости. В связи с этим важным является выделение целевых групп пациентов, различающихся по объему и характеру помощи, что позволяет достичь максимального клиничко-социального результата при минимизации затрат.

Одной из таких групп больных являются пациенты на начальных этапах заболевания. В частности, показано, что ранняя диагностика, проведение адекватных лечебно-восстановительных мероприятий и профилактики повторных обострений у больных с впервые возникшими психотическими состояниями позволяет улучшить долгосрочный прогноз шизофрении, минимизировав развивающиеся вследствие нее социальные потери (5).

Антипсихотики нового поколения отличаются от традиционных нейролептиков лучшим ресоциализирующим эффектом и, при наличии близкой терапевтической эффективности, оказываются предпочтительными при назначении терапии первой линии (6). В то же время они различаются по некоторым особенностям своего действия, что делает актуальной задачу определения спектра их психотропной активности, а также, что особенно важно, особенностей влияния на социальное восстановление пациентов и их качество жизни.

Одним из относительно недавно зарегистрированных в России нейролептиков является солиан (амисульприд) – атипичный антипсихотик, обладающий сродством к дофаминергическим рецепторам D_2/D_3 , однако, не оказывающий влияния на серотониновые рецепторы (8, 10, 11, 12). Такая избирательность действия отличает его от других современных антипсихотических препаратов и, возможно, объясняет своеобразие спектра его психотропной активности. В частности, можно

считать доказанным влияние амисульприда на негативную симптоматику (10), в том числе и на первичную (16). Высказывается даже мнение об его уникальности в этом отношении (8). Указывается также на эффективность купирования амисульпридом депрессивных расстройств (13).

Амисульприд рекомендуют как препарат выбора в случаях впервые возникших психотических состояний, в частности как эффективное средство в «поздней продромальной» («ранней психотической») стадии развития заболевания (7). Вместе с тем остается недостаточно определенной психопатологическая симптоматика, при наличии которой назначение препарата является наиболее оправданным.

Целью данного исследования является определение клиничко-социальных и экономических аспектов терапии солианом (амисульпридом) больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра с преобладанием негативной симптоматики.

В исследование включались больные с впервые развившимися психотическими состояниями, в структуре которых значительный удельный вес занимали дефицитарные расстройства. Лечение проводилось в дневном стационаре (клинике первого психотического эпизода) Московского НИИ психиатрии, либо амбулаторно. Оценка тяжести расстройств проводилась по шкале PANSS; динамика социального функционирования и качества жизни пациентов – с применением оригинального опросника (1). Данные регистрировались до начала лечения солианом и через 1, 3 и 6 месяцев терапии.

Исследование когнитивной сферы пациентов проводилось с применением набора методик, традиционно используемых при нейропсихологическом обследовании, разработанного в школе А.Р.Лурии, где оцениваются гностические и мнестические способности в различных модаль-

ностях, праксис, мышление, а также произвольная регуляция деятельности и нейродинамические параметры психической активности. Для анализа результатов была использована «Нейропсихологическая шкала оценки когнитивных процессов» (3), содержащая четыре градации каждого исследуемого признака в зависимости от тяжести нарушений и способа коррекции затруднений: 0 – отсутствие нарушений, 1 – легкая степень нарушений, возможность самостоятельной коррекции, 2 – средняя степень выраженности нарушений, введение вторичной коррекции в процедуру обследования, 3 – выраженные нарушения, не поддающиеся коррекции. Результаты определялись путем вычисления среднего балла по отдельным когнитивным функциям.

Кроме того, с помощью математического моделирования был осуществлен фармакоэкономический прогноз лечения солианом той же категории больных в натуралистических условиях.

В исследование было включено 30 больных (16 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 18 до 43 лет (средний возраст $25,7 \pm 6,3$ лет). В 20 случаях была диагностирована шизофрения (у 10 больных – параноидная, эпизодически протекающая со стабильным дефектом, у трех – с нарастающим дефектом, в четырех случаях – недифференцированная и еще в трех – постшизофреническая депрессия); 7 пациентов страдали шизотипическим расстройством и трое – шизоаффективным расстройством. Возраст начала заболевания составлял $20,3 \pm 5,0$ лет, количество приступов – $1,9 \pm 1,8$ (в случаях включения в исследование больных со вторым приступом продолжительность заболевания не превышала 5 лет), длительность настоящего приступа до назначения терапии солианом – 4–52 недели (в среднем – $19,9 \pm 17,2$ недели).

В статусе больных преобладала дефицитарная симптоматика в виде нарастающей замкнутости, пассивности, безынициативности, снижения продуктивности, особенно интеллектуальной, расплывчатости, нецеленаправленности мышления. Обращали на себя внимание астенизация пациентов в виде слабости, вялости, ощущения упадка сил, нарастания безразличия, ослабления мотивации к какой-либо деятельности. Обычные, повседневные дела для своего осуществления требовали особых усилий, нередко откладывались «на потом», перекладывались на окружающих. У 17 больных имела место депрессивная симптоматика, которая, как правило, характеризовалась атипией и лишь в отдельных случаях сопровождалась жалобами на собственно пониженное настроение.

Галлюцинаторно-бредовые расстройства не были выражены, больные высказывали отрывочные идеи преследования, воздействия, отношения, особого значения, возникающие иногда лишь в определенных ситуациях. Псевдогаллюцинации были отрывочны и не отражались на поведении.

Нередко симптоматика носила характер незавершенных психопатологических феноменов, стояла близко к расстройствам невротического уровня с элементами критики к ним. Таким образом, статус пациентов определялся неразвернутой субпсихотической симптоматикой с более значительным удельным весом негативных расстройств и атипичной депрессии.

Доза солиана в зависимости от выраженности продуктивной симптоматики варьировала от 300 до 1200 мг/сут (в среднем $627,1 \pm 277,0$ мг/сут, то есть в большинстве случаев – в пределах 350–900 мг/сут). При необходимости к терапии присоединялись антидепрессанты, нормотимики и транквилизаторы.

Динамика редукции тяжести расстройств по шкале PANSS показана на рис. 1.

Следует отметить, что, несмотря на изначально относительно неглубокий (субпсихотический) уровень расстройств и, соответственно, небольшой «резерв» улучшения с преобладанием трудно поддающейся терапии негативной симптоматики, наблюдавшаяся положительная динамика достигла статистически значимого уровня в течение трех месяцев терапии, а к концу курса редукция расстройств от исходного уровня составляла 30,1%. При этом, что представляется чрезвычайно важным, уже через 1 месяц лечения тяжесть состояния пациентов характеризовалась суммарным баллом по PANSS менее 60, что определяется как ремиссия, а к концу 6-месячного периода отмечалось ремиссионное состояние достаточно высокого качества (средний балл по PANSS – $47,1 \pm 7,6$).

Более подробный анализ динамики симптоматики показан в табл. 1.

Как видно, статистически значимые изменения обнаруживались по всем пунктам субшкалы позитивных симптомов за исключением двух: «идеи величия» (что понятно, учитывая данные об активизирующем действии препарата) и «враждеб-

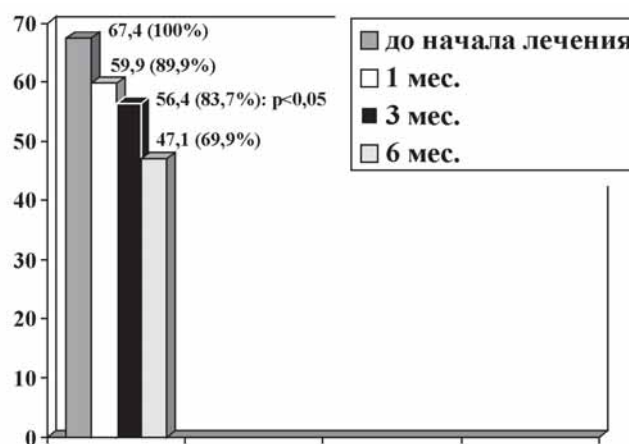


Рис. 1. Динамика уменьшения тяжести расстройств (по PANSS) в процессе терапии солианом

Таблица 1

Выраженность редукции тяжести расстройств (по PANSS) в процессе терапии солианом

№	Показатель	p
П1	Бред	$p_{0-6}=0,057$
П2	Концептуальная дезорганизация	$p_{0-3}<0,05$
П3	Галлюцинации	$p_{0-6}<0,01$
П4	Возбуждение	$p_{0-6}<0,05$
П5	Идеи величия	$p_{0-6}>0,05$
П6	Подозрительность, идеи преследования	$p_{0-6}<0,05$
П7	Враждебность	$p_{0-6}>0,05$
Итого		$p_{0-6}<0,001$
Н1	Притупленный аффект	$p_{0-3}<0,01$
Н2	Эмоциональная отгороженность	$p_{0-3}<0,01$
Н3	Трудности в общении	$p_{0-6}>0,05$
Н4	Пассивно-апатическая социальная отгороженность	$p_{0-3}<0,05$
Н5	Нарушения абстрактного мышления	$p_{0-6}>0,05$
Н6	Нарушение спонтанности и плавности общения	$p_{0-6}>0,05$
Н7	Стереотипное мышление	$p_{0-6}>0,05$
Итого		$p_{0-3}<0,05$
О1	Соматическая озабоченность	$p_{0-6}<0,05$
О2	Тревога	$p_{0-6}<0,01$
О3	Чувство вины	$p_{0-6}>0,05$
О4	Напряженность	$p_{0-6}>0,05$
О5	Манерность и поза	$p_{0-6}<0,05$
О6	Депрессия	$p_{0-3}<0,01$
О7	Моторная заторможенность	$p_{0-3}<0,05$
О8	Малоконтактность	$p_{0-6}<0,05$
О9	Необычное содержание мыслей	$p_{0-3}<0,05$
О10	Дезориентация	$p_{0-6}>0,05$
О11	Нарушение внимания	$p_{0-3}<0,05$
О12	Снижение критичности	$p_{0-6}>0,05$
О13	Нарушение воли	$p_{0-6}<0,01$
О14	Ослабление контроля импульсивности	$p_{0-6}<0,05$
О15	Загруженность психическими переживаниями	$p_{0-6}<0,01$
О16	Активная социальная устранимость	$p_{0-6}<0,05$
Итого		$p_{0-3}<0,05$
Всего		$p_{0-3}<0,05$

Примечание. Нижний индекс указывает на сравниваемые месяцы: например, p_{0-3} – сопоставлялись результаты, полученные при базовой оценке и через 3 мес. терапии.

ность», исходная выраженность которого была крайне незначительна ($1,58 \pm 0,72$) и вследствие этого не могла претерпеть существенную динамику.

Обращает на себя внимание более быстрый темп редукции негативных расстройств по сравнению с позитивными. При этом наибольшие изменения обнаруживались по таким показателям как «притупленный аффект», «эмоциональная отгороженность» и «пассивно-апатическая социальная отгороженность». Кроме того, довольно быстро происходило улучшение по ряду факторов, отнесенных к общим психопатологическим синдромам: «депрессия», «моторная заторможенность» и «нарушение внимания»; несколько позже выявлялась положительная динамика, также достигающая статистически значимого уровня, по пунктам «нарушение воли», «малоконтактность», «активная социальная устранимость» и ряду других.

Таким образом, наряду с влиянием на галлюцинаторно-бредовую симптоматику, солиан оказывается эффективным в отношении эмоционально-волевых нарушений и аффективных расстройств, включая двигательный и идеаторный компоненты.

Указанные изменения соответствовали улучшению социального функционирования больных (табл. 2, рис 2). При этом динамика изменений имела определенные особенности: на начальном этапе терапии (в течение первого месяца) в первую очередь восстанавливалась интеллектуальная продуктивность и лишь затем – физическая работоспособность.

Таблица 2

Выраженность редукции расстройств социального функционирования больных в процессе терапии солианом

Показатель	p
Интеллектуальная продуктивность	$p_{0-1}<0,05$
Физическая работоспособность	$p_{0-3}<0,01$
Контакты	$p_{0-6}<0,05$

Примечание. Нижний индекс указывает на сравниваемые месяцы: например, p_{0-3} – сопоставлялись результаты, полученные при базовой оценке и через 3 мес. терапии.

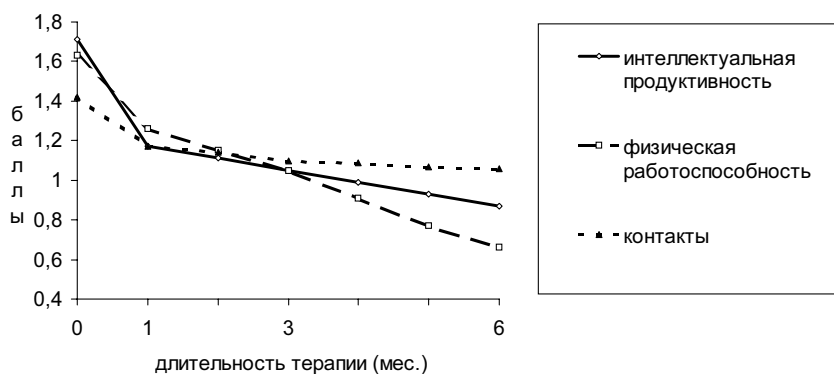


Рис. 2. Редукция нарушений социального функционирования больных в процессе терапии солианом

Таким образом, солиан (амисульприд) обладает своеобразным спектром психотропной активности, отличающим его от других атипичных антипсихотиков: тимонейролептические свойства позволяют его с успехом применять у больных, в клинической картине состояния которых определенный удельный вес занимают депрессивные расстройства; препарат обнаруживает эффективность при апато-адинамической и гипобулической симптоматике и, что особенно важно, уже на ранних этапах терапии улучшает показатели социального функционирования больных.

Исследование динамики когнитивных функций в процессе терапии

При включении в исследование в профиле нарушений преобладали расстройства памяти, праксиса, оптико-пространственного гнозиса, мышления, нейродинамики и произвольной регуляции деятельности (рис. 3). В процессе терапии отмечалась динамика когнитивного функционирования, имевшая определенные особенности по темпу и характеру наступающих положительных изменений: через 3 месяца терапии статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение было достигнуто по праксису, особенно за счет кинестетического, кинетического и целевого компонентов, а также по произвольной регуляции деятельности и зрительной памяти.

Подобная динамика позволяет предположить возрастание регуляторных функций головного мозга на различных уровнях организации: общемозговом, организации мнестических процессов и движений, и в целом соответствует рецепторному профилю препарата, где сродство к дофаминергическим рецепторам D_2/D_3 предполагает влияние на двигательные и поведенческие процессы, а также на организацию запоминания.

Через 6 месяцев улучшение стало статистически достоверным ($p < 0,05$) и по пробам слухоре-

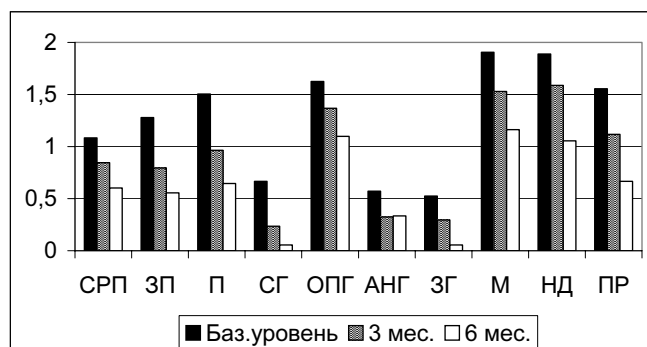


Рис. 3. Средний балл по отдельным когнитивным функциям у пациентов в зависимости от срока лечения солианом

Примечание: СРП – слухоречевая память; ЗП – зрительная память; П – праксис; СГ – стереогноз; ОПГ – оптико-пространственный гнозис; АНГ – акустический невербальный гнозис; ЗГ – зрительный гнозис; М – мышление (обобщенный показатель); НД – нейродинамика; ПР – произвольная регуляция.

чевой памяти, мышления, различных модальностей гнозиса и нейродинамическим параметрам. Наиболее полная реализация когнитивного улучшения через полгода от начала терапии подчеркивает важность поддерживающего лечения и комплайентности пациента.

Фармакоэкономический пятилетний прогноз лечения

Фармакоэкономический пятилетний прогноз поддерживающего лечения солианом основывается на математическом моделировании результатов ретроспективных клинико-эпидемиологического, количественного фармакоэпидемиологического и стоимостного анализов (уровни рецидивирования и регоспитализации, несоблюдения лекарственного режима, распределение больных в зависимости от условий лечения; типичные схемы лекарственной терапии) субпопуляции пациентов с первым эпизодом болезни, наблюдающихся в московских ПНД №№ 13,14 (средняя длительность катмнеза – 40,9 месяцев), данных мета-анализов Кохрановской библиотеки (4, 9): уровни рецидивирования на фоне лечения амисульпридом (солианом) и оптимальные дозировки препарата.

Для расчета модели¹ использован пакет DATATM 3.0 (Decision Analysis by TreeAge-Software for Pharmacoeconomics Modeling). Теоретически предполагалось, что пациент каждый цикл может находиться в одном из трех состояний, которые соответственно требуют либо трижды за цикл (3 месяца) посещения врача, либо лечения в дневном стационаре (ДС), либо в психиатрической больнице (ПБ). Рассматриваются также четыре возможности: 1) терапия солианом проводится в суточной дозе 600 мг/сут (соответственно уровню препарата, применяемого на первом этапе исследования). Затраты на день лечения солианом при этом составили 185 руб. (отпускные цены на психотропные препараты соответствуют усредненным в аптечной сети г. Москвы); 2) терапия сравнения (ТС) с существующей практикой лечения данной субпопуляции пациентов (доля назначения солиана – 0). При оценке средних затрат на ТС учтено, что атипичные антипсихотики получали 15% пациентов ПНД, в основном зипрексу и рисполепт. Суточная стоимость ТС – 38 руб.; 3) далее модель учитывает также возможность наличия у части больных некомплайентности и резистентности – при этом предполагается, что могут использоваться другие адекватные этим состояниям препараты; 4) предполагалось также, что пациенты продолжали терапию солианом и являются изначально респондерами. Вероятность рецидива – 6,25% за цикл. В

¹ Расчеты проведены С.А.Чапурным и Ю.Ю.Чурилиным (Москва).

случае обострения (рецидива) пациенты в 25% случаев переводятся на ТС, в 5% – на азалептин. У пациентов, остающихся на терапии солианом, допускается увеличение дозы препарата до 900 мг/сут. 10 % пациентов в течение цикла нарушают режим фармакотерапии. 20% из них переносят обострение (рецидив) и переводятся на другой депонированный препарат. В случае обострения (рецидива) треть пациентов получает терапию в ПБ, треть в ДС, остальные – лечатся амбулаторно. Длительность обострения укладывается в 1 цикл. Амбулаторное купирование обострения (рецидива) требовало дополнительно 3 визита к врачу. Стоимости койко-дня в ПБ составили 407 руб., в ДС – 144 руб., визита к психиатру – 135 руб. («Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 г.»). Все затраты представлены в руб. 2005 г. Пациенты, получающие ТС испытывают обострение в 15% случаев за цикл. Остальные переходы происходят с теми же частотами, что и при тера-

пии солианом. В случае рецидива число дней вне обострения («день без болезни» – единица эффективности терапии в данном анализе) уменьшается на длительность цикла. 20% пациентам, получающим солиан и 60% – другие препараты, назначается циклодол в дозе 6 мг/сут. В модели учитывалась стоимость терапии антидепрессантами, ее назначение в 50% случаев увеличивает полную стоимость терапии не более, чем на 3%. Схемы терапии при выборе терапии представлены на рис. 4 и рис. 5.

При вычислениях проводилось дисконтирование стоимости терапии со ставкой дисконта 8% в год и ежегодная индексация стоимости медицинских услуг 7%, то есть использованы рекомендованные значения для длительных отечественных фармакоэкономических исследований (2).

Клиническая эффективность выбора альтернативных видов терапии (солиан или ТС) и сопутствующие медицинские издержки указаны в табл. 3.

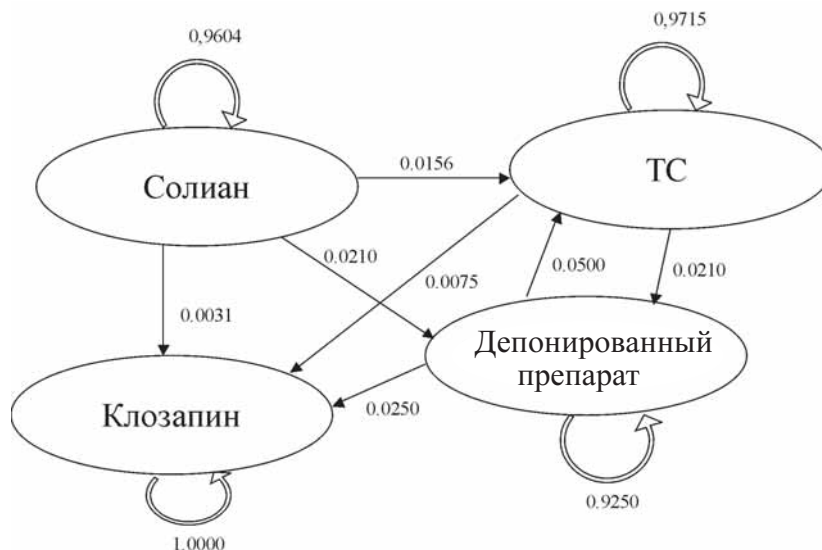


Рис. 4. Выбор солиана

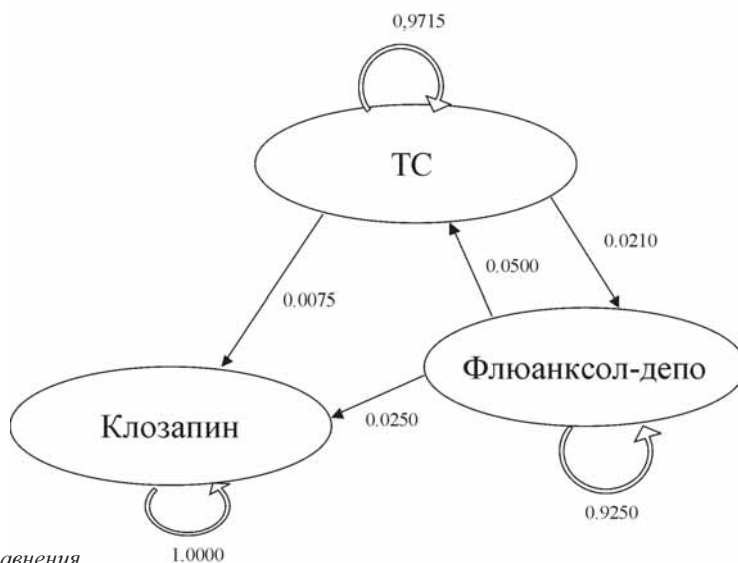


Рис. 5. Выбор терапии сравнения

Медицинские затраты на эффективность лечения

	Затраты на лекарственную терапию, руб.	Затраты на медицинские услуги, руб.	Суммарные медицинские затраты, руб.	«Дни без болезни»	«Дни без болезни», руб.
Солиан	180 441	40 969	221 410	1 563	141,63
ТС	44 179	59 647	103 826	1 419	73,19

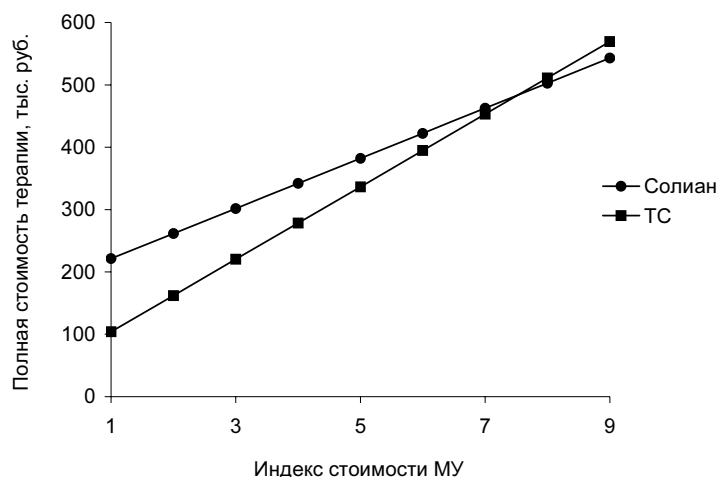


Рис. 6. Зависимость полной стоимости терапии от индекса цены на медицинские услуги

На рис. 6 показаны результаты анализа зависимости суммарных медицинских затрат от стоимости медицинских услуг (МУ). Фактическая стоимость медицинских услуг соответствует 1.

Таким образом, только при восьмикратном росте стоимости медицинских услуг выбор солиана становится экономически обоснованным.

Дозозависимая кривая эффективности солиана представлена в виде колокола (15). Большинство пациентов реагируют на дозы 400–800 мг в сутки при остром лечении (что показал и клинический этап данного исследования). Вместе с тем, эффективна терапия низкими (100–200 мг) дозами солиана у пациентов с ведущей негативной симптоматикой (9, 14).

Социальные аспекты терапии солианом следует рассматривать в аспекте улучшения качества жизни пациента и экономических последствий его социального восстановления. Возникает вопрос, насколько «прирост дней без болезни» компенсирует рост медицинских затрат, так как окончательные результаты деятельности психиатрических служб в виде восстановления социального функционирования пациентов и повышения их качества жизни реализуются вне рамок медицинской системы.

Данные проспективного 6-месячного исследования позволяют предположить, что терапия солианом может снизить долю пациентов-инвалидов и риск длительной нетрудоспособности. Пациенты из изучаемой субпопуляции шизофрении,

как правило, находятся в возрасте наибольшей трудовой продуктивности. Каждый работающий (вернувшийся к труду) пациент за год производит 173,8 тыс. руб. в последующие 5 лет при учете 6% ежегодного роста ВВП (МЭРТ РФ <http://www.economy.gov.ru>). Своим вкладом в экономику каждый работающий ежегодно обеспечит пятилетнее лечение солианом в дозировке 400 мг/сут одного пациента, нетрудоспособного в настоящее время или учащегося, вклад в ВВП страны которого отсрочен.

Таким образом, дорогостоящий для психиатрических служб препарат (в данном случае солиан) оказывается выгодным обществу в целом.

При существенно превышающих издержки на оказание психиатрических услуг затратах на психотропные препараты нового поколения (на солиан, в частности) выбор субпопуляции-мишени первоочередного применения препарата (например, пациентам с ведущей негативной симптоматикой) может обеспечить затратную нейтральность лечения и в медицинской перспективе.

Исследование, таким образом, показало, что солиан обнаруживает эффективность при лечении субпопуляции больных на начальном этапе шизофрении с ведущей негативной симптоматикой, что сопровождается также улучшением когнитивного и социального функционирования и, как следствие, экономическими преимуществами по сравнению с лечением традиционными нейролептиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 98, № 2. – С. 35–40.
2. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.
3. Филатова Т.В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с «ювенильной астенической несостоятельностью» (нейропсихологическое исследование). Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2000.
4. Bagnall A.-M., Jones L., Ginnelly L. et al. A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia // Health Technol. Assess. – 2003. – Vol. 7, N 13. – P. 1–193.
5. Birchwood M., Fowler D., Jackson C. Early intervention in psychosis. – Chichester: John Wiley & Sons, 2000.
6. Bryden K.E., Gardner D.M., Kolala L.C. First episode psychosis: early intervention strategies with second generation antipsychotic medication // In. J. Pract. – 2003. – Vol. 57, N 6. – P. 513–518.
7. Hafner H., Maurer K., Ruhrmann S. et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions // Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci. – 2004. – Vol. 254, N 2. – P. 117–128.
8. Lecrubier Y. Amisulpride: progress and outcomes // Cur. Med. Opin. – Vol. 18, Suppl. 3. – P. s18–s22.
9. Leucht S., Pitschel-Walz G., Engel R.R. et al. Amisulpride, an unusual «atypical» antipsychotic: a meta-analysis of randomized controlled trials // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – P. 180–190.
10. Leucht S. Amisulpride, a selective dopamine antagonist and atypical antipsychotic: results of meta-analysis of randomized controlled trials // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2004. – Vol. 7, Suppl. 1. – P. S15–S20.
11. Linden M., Scheel T., Xaver E.F. Dosage finding and outcome in the treatment of schizophrenic inpatients with amisulpride. Results of a drug utilization observation study // Hum. Psychopharmacol. – 2004. – Vol. 7, N 2. – P. 111–119.
12. Mortimer A.M. How do we choose between atypical antipsychotics? The advantage of amisulpride // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2004. – Vol. 7, Suppl. 1. – P. S21–S25.
13. Muller M.J., Wetzel H., Benkert O. Differential effects of high-dose amisulpride versus flupentixol on latent dimensions of depressive and negative symptomatology in acute schizophrenia: an evaluation using confirmatory factor analysis // Int. J. Psychopharmacol. – 2002. – Vol. 17, N 5. – P. 249–261.
14. Muller-Spahn F. Current use of atypical antipsychotics // Eur. Psychiatry. – 2002. – Vol. 17, Suppl. 4. – P. 377–384.
15. Puech A., Fleurot O., Rein W. and the Amisulpride study group. Amisulpride, an atypical antipsychotic, in the treatment of acute episodes of schizophrenia: a dose-ranging study vs. haloperidol // Acta Psychiatr. Scand. – 1998. – Vol. 98. – P. 65–72.
16. Storosum J.G., Elferink A.J., van Zweiten B.J. et al. Amisulpride: is there a treatment for negative symptoms in schizophrenia patients? // Schizophr. Bull. – 2004. – Vol. 28, N 2. – P. 193–201.

TREATMENT WITH SOLIAN ON EARLY STAGES OF SCHIZOPHRENIA (CLINICO-SOCIAL AND PHARMACOECONOMIC ASPECTS)

I. Ya. Gurovich, A. B. Shmukler, E. B. Lyubov, M. V. Magomedova, A. S. Dorodnova,
L. G. Movina, E. A. Belokurova, A. A. Bessonova

Objective: investigation of clinico-social and economic aspects of using amisulpride for the treatment of patients at early stages of schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders with prevalent negative symptoms. Patients were treated in the Day Hospital (First Psychotic Episode Clinic) of the Moscow Research Institute of Psychiatry. Altogether 30 patients were included in this investigation. Solian was prescribed in doses varying from 300 to 1200 mg a day (mean 627,1±277 mg a day).

Severity of disorders was evaluated by means of the PANSS while dynamics of social functioning and the quality of life parameters were measured by an original questionnaire. The measurements were taken before treatment and after 1, 3 and 6 months of using amisulpride. Cognitive characteristics were studied with the help of

traditional tests for neuropsychological examination (A.Luria's school).

Pharmacoeconomic five-year prognosis for maintenance treatment with Solian was based on mathematical modeling of the results of retrospective clinicoepidemiological and qualitative pharmacoepidemiological analysis and analysis of costs. For the calculation, the DATA™ 3.0 (Decision Analysis by TreeAge-Software for Pharmacoeconomics Modeling) package was used.

Amisulpride demonstrated a specific spectrum of psychotropic activity, which differs it from other atypical antipsychotics. It brought about significant improvements of cognitive functioning, especially obvious after 6 months of treatment as well as improvement of social functioning, and, as a consequence, economical advantages of this drug.