



ФАРМАСТАРТ

неврологія • психіатрія

ОТКРОЙТЕ НОВУ СТРАНИЦУ ЖИЗНИ

КВЕТИРОН

(КВЕТИАПІН)



- Доказанная **эффективность** при шизофрении¹ и биполярных расстройствах²
- Лучшая **переносимость** по сравнению с другими антипсихотиками³
- Самый **доступный** по цене кветиапин в Украине⁴

1. Small JG, Hirsch SR, Arvanitis LA, et al. Arch Gen Psychiatry 1997 June; 54 (6): 549-57.
2. Ghaemi SN et al. Quetiapine treatment of rapid-cycling BD. Abst CINP 2002. Montreal.
3. Hano JM, Salvador-Casilla L. CNS Drugs 2006; 20: 4293-301.
4. Ежедневник Аптека № 32 (903), 19 августа 2013 г.

Состав. 1 таблетка содержит кветиапина фумарата в пересчете на кветиапин 25 мг, 100 мг или 200 мг. Фармакотерапевтическая группа. Антипсихотические средства. Код АТС N05A H04. **Показания.** Острые и хронические психозы различной этиологии, психозы при шизофрении. Маниакальные эпизоды, связанные с биполярными расстройствами. **Побочные реакции.** Сонливость, головокружение, сухость во рту, астения легкой степени, запор, тахикардия, ортостатическая гипотензия и диспепсия, злокачественный нейролептический синдром, лейкопения, периферические отеки. **Фармакодинамика.** Кветиапин – атипичный антипсихотический препарат, взаимодействующий с различными типами нейротрансмиттерных рецепторов. Кветиапин имеет более высокое сродство к рецепторам серотонина (5-HT₂), чем к рецепторам дофамина (D1 и D2) в головном мозге; обладает высоким сродством к гистаминовым и альфа-1-адренорецепторам, однако менее выраженное сродством к альфа-2-адренорецепторам. Влияние кветиапина на рецепторы 5-HT₂ и D2 длится до 12 ч, что подтверждается данными позитронноэмиссионной томографии. Препарат не обладает сродством к М-холинорецепторам и бензодиазепиновым рецепторам. Кветиапин проявляет выраженную антипсихотическую активность. **Категория отпуска.** По рецепту.

ЭРИДОН

(РИСПЕРИДОН)



- Высокая **эффективность** при позитивной и негативной симптоматике^{1, 2}
- Индивидуальный **подбор доз** благодаря различным формам выпуска³
- Один из **самых доступных** рисперидонов в Украине⁴

1. Iskedian M., Hux M., Remington G.J. The Canadian experience with risperidone for the treatment of schizophrenia: an overview // Journal of Psychiatry and Neuroscience. – 1998. – 23. – P. 229-239.
2. Song F. Risperidone in the treatment of schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials // J. Psychopharmacol. – 1997. – 11 (1) – P. 65-71.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата «Эридон». Приказ Министерства здравоохранения Украины № 593 от 12.07.2013 г.
4. Ежедневник АПТЕКА № 32 (903), 19 августа 2013 г.

Состав. Действующее вещество: рисперидон; 1 таблетка содержит рисперидона 2 мг, 4 мг. **Фармакотерапевтическая группа.** Антипсихотические средства. Код АТС N05A X08. **Клинические характеристики. Показания.** Утирование острых приступов и длительная поддерживающая терапия при хроническом течении: при острой и хронической шизофрении (включая первый эпизод психоза) и других психических расстройствах с продуктивной (галлюцинации, бред, расстройства мышления, враждебность, подозрительность) и негативной (заторможенность эмоций, эмоциональная и социальная отчужденность, бедность речи) симптоматикой; при аффективных расстройствах при шизофрении (тревога, страх, депрессия). **Монотерапия или комбинированное лечение** острых маниакальных смешанных эпизодов при биполярных расстройствах. **Побочные реакции.** Со стороны нервной системы и органов чувств: нарушения сна, в т. ч. бессонница или сонливость, повышенная возбудимость, усталость, нарушение внимания, беспокойство, тревога, головная боль, головокружение, экстрапирамидные расстройства, поздняя дискинезия, нейролептический злокачественный синдром, нарушения терморегуляции, судорожные припадки. **Фармакодинамика.** Рисперидон – селективный антагонист 5-HT₂-серотонинергических и D2-дофаминергических рецепторов; он блокирует также α1-адренергические и в меньшей степени – гистаминовые H1- и α1-адренергические рецепторы, не проявляя влияния на холинэргические. Слабонисвязанный центральный антагонист к серотонину и дофамину уменьшает склонность к экстрапирамидным побочным эффектам и расширяет терапевтическое влияние препарата с охватом негативных и аффективных симптомов шизофрении. **Категория отпуска.** По рецепту.

Информация для специалистов здравоохранения. Для получения детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения лекарственного средства. О нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете сообщить в ООО «Фарма Старт» по телефону (044) 281-23-33.

Мы делаем качественное лечение доступным!

ООО «Фарма Старт», Украина, 03124, г. Киев, бульв. И. Лепсе, 8;
Тел.: (+38-044) 281-23-33; www.phs.ua

Сравнение эффективности и переносимости кветиапина и галоперидола у пациентов с первым эпизодом шизофрении

Современная фармакотерапия шизофрении, основанная на доказательствах, включает применение как типичных, так и атипичных нейролептиков. Антипсихотики второй генерации являются антагонистами дофаминовых и серотониновых рецепторов в центральной нервной системе (ЦНС) в отличие от типичных антипсихотиков, которые воздействуют преимущественно на дофаминовые рецепторы. Некоторые исследователи полагают, что атипичные нейролептики не имеют никаких преимуществ перед типичными, кроме лучшей переносимости (Capehart B.P., 1998; Mattes J.A., 1997; Chakos M., Lieberman J., 2001), и этим аргументируют целесообразность дальнейшего применения типичных антипсихотиков.

Кветиапин – нейролептик второй генерации, который одобрен для применения в лечении шизофрении не только ввиду лучшего профиля побочных эффектов, но и высокой клинической эффективности (Cheer S.M., Wagstaff A.J., 2004). В некоторых исследованиях было показано, что кветиапин более эффективен, чем традиционный антипсихотик галоперидол, в отношении коррекции таких негативных симптомов шизофрении, как исключение из социального взаимодействия и притупление аффекта (Emsley R., Oosthuizen P., 2004). Что касается таких позитивных симптомов, как галлюцинации и бред, то в обобщенном анализе многочисленных исследований была показана сопоставимая эффективность кветиапина и галоперидола (Crespo-Facorro V. et al. 2006; Emsley R.A. et al. 2000).

В 2013 г. были опубликованы результаты исследования, проведенного международным коллективом авторов из США, Египта и Иордании (Mostafa Amr, Shaheen E. Lakhani, Sarila Sanhan и др.) с целью изучить эффективность кветиапина при лечении первого эпизода шизофрении в амбулаторных условиях. Авторы предположили, что терапия кветиапином позволит не только минимизировать риск возникновения побочных эффектов по сравнению с галоперидолом, но и обеспечить дополнительную редукцию как негативных, так и позитивных симптомов.

Дизайн и методы

В исследовании приняли участие больные в возрасте 18-60 лет с впервые установленным диагнозом шизофрении согласно критериям DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) на базе двух центров в Иордании в период с октября 2009 по октябрь 2011 года. Пациентов случайным образом распределяли в группу терапии кветиапином (стартовая доза 200 мг/сут) или галоперидолом (5 мг/сут). Это исследование двойное слепое: независимые эксперты-психиатры, которые проводили повторные обследования в ходе лечения, а также пациенты не знали о том, какой назначен препарат. Лечащие психиатры знали, какой препарат назначают больным, что приближает условия проведения исследования к реальной клинической практике. Лечащий врач имел возможность адаптировать дозу препарата в каждом отдельном случае с целью повышения эффективности терапии и снижения риска возникновения побочных явлений. Таким образом, доза кветиапина колебалась от 200 до 800 мг/сут, а галоперидола – от 5 до 15 мг/сут. Одновременное назначение других психотропных препаратов не допускалось за исключением лоразепама и зопиклона. Лоразепам в дозе 1-4 мг/сут назначали при инсомнии и ажитации, зопиклон (3,75-7,5 мг/сут) – только при инсомнии. Если при наличии экстрапирамидных расстройств снижение дозы препарата не обеспечивало желаемого эффекта, назначали антихолинэргическое средство бипериден в дозе 2-8 мг/сут. Кроме стандартной терапии, не проводили никаких психотерапевтических мероприятий.

Психическое состояние пациентов оценивали лечащий врач и независимый эксперт-психиатр в начале лечения, через 6 и 12 недель после начала терапии при помощи шкалы позитивных и негативных симптомов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS), шкалы глобальной оценки функционирования (Global Assessment of Functioning scale – GAF), а также шкалы Симпсон-Ангус (Simpson-Angus Scale – SAS) для оценки экстрапирамидных нарушений на фоне приема нейролептиков. Более того, во время каждого визита проводили оценку соматического состояния пациента, определяли содержание в крови глюкозы, холестерина, липопротеинов высокой и низкой плотности, триглицеридов и пролактин, а также выполняли ЭКГ.

Результаты

Критериям включения в исследование соответствовали 156 пациентов, из них 17 не получили препаратов по организационным причинам. Группы кветиапина (n=73) и галоперидола (n=65) были сопоставимы, то есть не было значительных отличий демографических показателей, длительности заболевания или клинической картины шизофрении. Подобно другим исследованиям в психиатрии, частота досрочного выбывания была высокой в обеих группах: 40 из 73 – в группе кветиапина и 25 из 65 – в группе галоперидола. В результате 12-недельный курс лечения завершили 33 пациента в группе кветиапина и 40 – в группе галоперидола.

Выраженность симптомов шизофрении в начале заболевания была сопоставимой и не имела существенных отличий при применении разных шкал. В ходе лечения улучшение по всем разделам шкалы PANSS было отмечено в обеих группах. На 12-й неделе исследования пациенты, которые принимали кветиапин, обнаруживали более значительное снижение выраженности позитивных (18,9±7,84 в группе галоперидола vs 15,3±2,18 в группе кветиапина, p=0,013), негативных симптомов (15,5±7,39 vs 11,6±4,76 соответственно, p=0,012), а также аффективных нарушений – депрессии и тревоги (9,56±1,87 vs 4,74±1,50, p<0,0001). Вместе с тем следует отметить, что при приеме галоперидола отмечалось незначительно более выраженное снижение по субшкале общих психопатологических симптомов (23,8±6,24 vs 27,7±6,33, p=0,012). Общие оценки по шкале PANSS на 12-й неделе были приблизительно одинаковыми в обеих группах (58,3±16,59 в группе галоперидола против 54,8±5,93 в группе кветиапина, p=0,24). Не было достоверных различий и по GAF (45,7±9,52 против 46,2±6,17 соответственно, p=0,798).

Частота назначения лоразепама и зопиклона была одинаковой в группе кветиапина и галоперидола. У пациентов, которые принимали галоперидол, при оценке по шкале Симпсон-Ангус обнаруживали более выраженные экстрапирамидные нарушения (5,94±1,83 в группе галоперидола vs 0,18±0,38 в группе кветиапина через 6 нед, p<0,0001; 8,62±2,08 vs 0,26±0,45 через 12 нед, p<0,0001). Соответственно больным, принимающим галоперидол, значительно чаще требовалось назначение биперидена (28 vs 4, p=0,0001) и в более высокой дозе (3,45±2,3 vs 0,21±0,01 мг/сут, p<0,0001).

Наиболее частыми побочными явлениями были акатизия (78% в группе галоперидола vs 0% в группе кветиапина, p<0,0001), паркинсонизм (66,6 vs 0%, p<0,0001), слабость (84,6 vs 66,6%, p=0,009), то есть они наблюдались преимущественно у пациентов, принимавших галоперидол. Вместе с тем головная боль чаще отмечалась у пациентов из группы кветиапина (35,9 vs 11,5%, p<0,0001).

По причине побочных явлений досрочно выбыли из исследования 13 лиц (20%) из группы галоперидола, тогда как в группе кветиапина этот показатель составил 6 (8,2%) пациентов.

Выводы

Таким образом, результаты лечения первого эпизода шизофрении галоперидолом и кветиапином при сравнении общих оценок по шкалам PANSS и GAF были сопоставимыми. Однако на 12-й неделе отмечались достоверные преимущества кветиапина в отношении воздействия на позитивные и негативные симптомы, а также депрессию и тревогу.

Исследование подтвердило, что профиль переносимости кветиапина имеет значительные преимущества в сравнении с галоперидолом, о чем свидетельствует частота побочных эффектов в каждой из групп (кветиапин 8,2% vs галоперидол 20%). Также следует отметить, что при лечении кветиапином значительно реже наблюдались экстрапирамидные расстройства (ЭПР) и требовалось назначение антихолинэргических средств в сравнении с терапией галоперидолом. Эти результаты соответствуют ранее полученным сведениям о переносимости антипсихотиков. Прием галоперидола ассоциируется с дозозависимым повышением частоты ЭПР (McCue R.E. et al., 2006), тогда как риск возникновения ЭПР при назначении кветиапина во всем диапазоне дозирования сопоставим с таковым при приеме плацебо (Arvanitis L.A. et al., 1997).

Amr et al. International Archives of Medicine 2013, 6:47.

Подготовила Елена Молчанова