

Марута Н. А., д-р мед. наук, проф., зав. отд. неврозов и пограничных состояний, **Явдак И. А.**
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ СОЛИАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАЧАЛОМ ИЛИ ОБОСТРЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения является хроническим эндогенным заболеванием, которое характеризуется прогрессирующей, дебютом в молодом возрасте, длительным течением и приводит к развитию стойкой утраты трудоспособности, снижению социального функционирования и показателей качества жизни. Именно это определяет медико-социальное значение изучения шизофрении и вопросов ее терапии [2—4, 6—8].

Как известно, с середины 50 годов XX столетия появился ряд препаратов, предназначенных для лечения шизофрении, а с 90-х годов XX столетия фармакологические исследования привели к появлению ряда современных эффективных препаратов. Современный этап развития психиатрии характеризуется широким использованием антипсихотиков [1—5, 9]. Их применение направлено на купирование психомоторного возбуждения, позитивной и негативной симптоматики, восстановление когнитивных функций и качества жизни пациентов с различными формами эндогенных и экзогенных психических заболеваний.

В целом, прием любого препарата, особенно антипсихотика, включает возможный риск развития побочных эффектов. Поэтому сопоставление риска и преимуществ, возникающего при приеме нейролептика, является необходимым условием при проведении терапевтических мероприятий в каждом конкретном случае [1—3, 5, 9].

Применение современного поколения антипсихотиков значительно реже связано с такими экстрапирамидными симптомами, как острая дистония, тремор, мышечная ригидность, акатизия и аффективные нарушения, а также с низким уровнем развития злокачественного нейролептического синдрома и поздней дискинезии. Рисперидон и оланзапин наиболее часто применяются как антипсихотики при первом эпизоде заболевания. Современные стандарты терапии рекомендуют начинать лечение с атипичных антипсихотиков, оставляя традиционные нейролептики (например, галоперидол) для резистентных больных или больных с частичным эффектом лечения [2]. Создание препаратов нового поколения способствует значительному уменьшению числа госпитализаций больных шизофренией, сокращению сроков стационарного лечения, возможности проведения амбулаторного лечения данных пациентов, лучшему восстановлению социального функционирования данных больных. Вместе с тем, разработка новых и оптимизация уже имеющихся терапевтических программ сохраняет свою актуальность.

Среди нейролептиков, при использовании которых преимущества многократно превосходят риск применения, следует отметить Солиан (амисульприд), обладающий оригинальным и высокоселективным профилем взаимодействия. Перспективностью применения Солиана в терапии психозов определяются с одной стороны, его высокой антипсихотической активностью, а с другой — отсутствием побочных эффектов.

Солиан (амисульприд) селективно, с высоким родством связывается с субтипами D₂/D₃-дофаминергических рецепторов, в то же время, не обладает сродством к субтипам D₁, D₄ и D₅. В отличие от классических и атипичных нейролептиков, не имеет сродства к рецепторам серотонина, гистамина H₁, L-адренергическим и холинергическим рецепторам; не связывается с сигма-участками опиатных рецепторов. Такой атипичный фармакологический профиль может служить объяснением антипсихотического эффекта амисульприда при высоких дозах, наступающего вследствие блокады постсинаптических дофаминовых рецепторов, и его эффективности в отношении негативных симптомов при низких дозах в результате блокады пресинаптических дофаминовых рецепторов.

Целью проведенного исследования было собрать дополнительные клинические данные по эффективности и безопасности применения Солиана (амисульприда), у пациентов с шизофренией (острое начало или обострение и дальнейшее наблюдение) в условиях обычной медицинской практики.

Задачи исследования включали: изучение терапевтической эффективности Солиана у пациентов, страдающих шизофренией (острое начало или обострение); изучение переносимости Солиана в лечении больных шизофренией; изучение возможных побочных эффектов Солиана в лечении больных шизофренией.

Исследование выполнялось в соответствии с требованиями, предъявляемыми Государственным Фармакологическим центром МЗ Украины к клиническим испытаниям. Открытый дизайн исследования позволил пациентам получать лечение активным препаратом в условиях, максимально приближенных к условиям обычной медицинской практики.

Объектом исследования явились 56 пациентов обоего пола в возрасте старше 18 лет, с различной длительностью заболевания, давшим письменное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам был поставлен диагноз шизофрении в соответствии с критериями МКБ-10 (48 больных — F 20.0, 8 больных — F20.3)

Отбор больных проводился согласно критериям включения и исключения. Согласно условиям отбора, в исследование включались пациенты с острым началом или обострением шизофрении.

Для обследования пациентов использовались общеклинический метод (объективное обследование: регистрация субъективных жалоб; объективная оценка психического статуса пациента, а также регистрация массы тела, роста, ЧСС и АД); шкала PANSS (продуктивных и негативных расстройств при шизофрении), которая включает шкалы позитивных симптомов (P) (P1 — бред, P2 — концептуальная дезорганизация, P3 — галлюцинантное поведение, P4 — возбуждение, P5 — мания величия, P6 — подозрительность, P7 — враждебность), негативных симптомов (N) (N1 — уплощение аффекта, N2 — эмоциональная отстраненность, N3 — недостаточный раппорт, N4 — пассивно-апатический социальный

уход, N5 — трудности в абстрактном мышлении, N6 — недостаток спонтанности и плавности беседы, N7 — стереотипность мышления), общей психопатологии (G) (G1 — озабоченность соматическими ощущениями, G2 — тревога, G3 — чувство вины, G4 — напряжение, G5 — манерность и поза, G6 — депрессия, G7 — двигательная заторможенность, G8 — некооперативность, G9 — мысли с необычным содержанием, G10 — дезориентация, G11 — трудности концентрацией внимания, G12 — снижение рассудительности и осознания болезни, G13 — волевые нарушения, G14 — недостаточный контроль импульсивности, G15 — отрешенность от реальности, G16 — активный социальный уход); шкала CGI (для общей клинической оценки): 1) *тяжесть заболевания* (0 — невозможно определить; 1 — норма, не болен совсем; 2 — пограничное состояние; 3 — легко болен; 4 — среднетяжело болен; 5 — выражено болен; 6 — тяжело болен; 7 — крайне тяжело болен); 2) *общее улучшение* (1 — невозможно определить; 1 — очень сильно улучшилось; 2 — значительно улучшилось; 3 — минимально улучшилось; 4 — без изменений; 5 — минимально ухудшилось; 6 — значительно ухудшилось; 7 — очень сильно ухудшилось); 3) *индекс эффективности* (оценивался только эффект препарата по следующим позициям: выраженный терапевтический эффект — значительное улучшение, полное или почти полное исчезновение всех симптомов; умеренный терапевтический эффект — явное улучшение, частичная ремиссия симптомов; минимальный терапевтический эффект — незначительное улучшение, не изменяющее состояние здоровья пациента; состояние не изменилось или ухудшилось; невозможно определить); 4) *побочные эффекты* (отсутствуют; значительно не влияют на активность пациента; значительно влияют на активность пациента; перевешивают терапевтический эффект).

На визите 1 у пациента оценивалась только тяжесть заболевания и назначалось лечение. На второй визит пациенты приходили через 1 месяц, на визит 3 — через 3 месяца после включения их в исследование, на этих визитах оценивались шкала PANSS, все позиции шкалы CGI (тяжесть заболевания, общее улучшение), индекс эффективности и побочные эффекты.

Общая характеристика пациентов представлена в таблице 1. Основную массу обследованных составляли лица среднего возраста, преимущественно мужчины с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма». Наличие сопутствующей патологии встречалось у $14,3 \pm 4,7\%$ обследованных.

Таблица 1

Общая характеристика обследованных больных

Оцениваемые показатели	Количество
Количество больных (всего)	56
Возраст, годы	$32,3 \pm 6,2$
Пол:	
— мужской	32 чел. ($57,1 \pm 6,7\%$)
— женский	24 чел. ($42,9 \pm 6,7\%$)
Масса тела, кг	$73,5 \pm 12,4$
Шизофрения, форма:	
— параноидная	48 чел. ($85,7 \pm 4,7\%$)
— недифференцированная	8 чел. ($14,3 \pm 4,7\%$)
Характер заболевания:	
— острое	15 чел. ($26,8\% \pm 5,9\%$)
— обострение	41 чел. ($73,2\% \pm 5,9\%$)
Наличие сопутствующей патологии	8 чел ($14,3 \pm 4,7\%$)

Распределение больных по полу и возрасту представлено на рисунке 1.

Среди обследованных преобладали мужчины (57,1%). Наиболее часто среди пациентов встречались лица от 21 до 40 лет (69,7%), значительно реже встречались пациенты возрастной категории до 20 лет (12,5%) и старше 50 лет (3,5%), больные старше 60 лет в исследование не вошли (см. рис. 1).

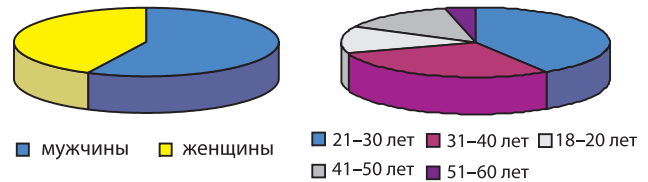


Рис. 1. Распределение больных шизофренией по полу и возрасту

По данным анамнеза длительность болезни была различной — среди обследованных преобладали лица с рецидивом имеющегося заболевания (73,2%). В 26,8% случаев включенным в исследование пациентам диагнозу шизофрении был установлен впервые.

Длительность болезни лишь у 26,8% обследованных составляла до 1 года, 33,9% наблюдались у психиатров от 1 до 3 лет, 14,3% — от 3 до 5 лет, и 25,0% обследованных — более 5 лет (рис. 2).

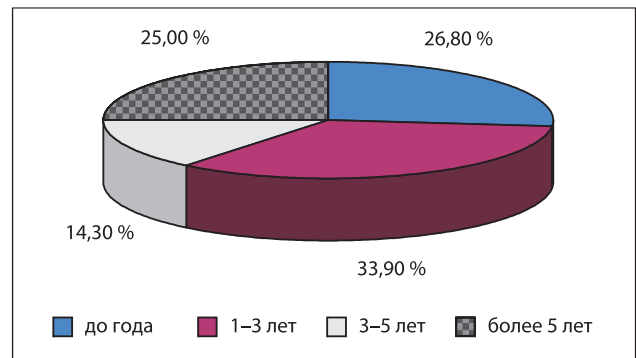


Рис. 2. Длительность наблюдения обследованных пациентов по поводу шизофрении

Лишь у 14,3% обследованных были выявлены сопутствующие заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, ЦНС (в виде вегетодистонических проявлений). Сопутствующую терапию никто из обследованных пациентов не принимал.

Болезненные симптомы у больных параноидной формой шизофрении до лечения проявлялись в виде нарастания напряженности, настороженности, недоверчивости, эмоциональной отчужденности, снижения уровня социальной активности. У 85,7% пациентов отмечались нарушения сна, у 42,9% — кратковременные, остро возникающие состояния тревоги и беспричинного страха.

В большинстве наблюдений (73,2%) пациенты были беспокойными и тревожными, поведение их могло резко и неожиданно изменяться, 26,8% обследованных были аутичны, удалялись от общения, проводили много времени одни, погруженные в свои мысли.

Высказывания больных зачастую были расплывчатыми и туманными, что мешало уловить их смысл. Некоторым пациентам было трудно использовать абстрактные понятия, другие начинали увлекаться смутными псевдонаучными или мистическими идеями. У всех обследованных были выявлены те или иные нарушения настроения в виде тревоги, раздражительности, подавленности, притупления аффекта, пониженной активности, апатии, отсутствия побуждений, что приводило к их социальной отгороженности.

Бредовые идеи формировались постепенно, на первых этапах носили преимущественно фрагментарный и политематический характер и с течением времени приобретали относительно стойкий характер. Чаще всего это был бред отношения и воздействия (35,7 %), преследования (26,8 %), реже — бред мессианства (16,1 %), телесных изменений (14,3 %), ревности (8,9 %). 42,8 % больных были убеждены в том, что мысли либо внедряются в их мозг извне, либо изымаются оттуда какой-то внешней силой, либо «транслируются» другим людям. Бредовые идеи носили вычурный, нелепый характер, в ряде наблюдений сопровождалась галлюцинаторными «голосами», высказывания которых по содержанию были связаны с идеями преследования или величия.

Адекватная самооценка у обследованных в большинстве наблюдений отсутствовала. Больные, как правило, не признавали, что их переживания являются следствием заболевания, уклонялись от прямого ответа.

Для всех пациентов с недифференцированной формой шизофрении до лечения было характерным снижение уровня активности, общения, коммуникативных навыков, отмечалась социальная отгороженность. У 81,3 % из них преобладали эмоциональная холодность, осуждение и неадекватность аффекта, сниженный фон настроения. У больных отмечались нарушения мышления в виде стереотипности или паралогичности мышления, склонности к резонансу, соскальзыванию, разноплановости, 26,8 % из них отмечали навязчивые мысли, их «наплывы». Больные казались отчужденными, заторможенными, поглощенными своими мыслями, выглядели растерянными.

Показатели по шкале PANSS до начала лечения составили 94,2 балла в среднем по группе.

До участия в исследовании большинство (83,9 %) пациентов принимали антипсихотическую терапию:

галоперидол (50,0 %), азалептин (42,9 %), рисполепт (8,9 %), трифтазин (14,3 %), 19,6 % обследованных принимали амитриптилин.

Во всех наблюдениях перед началом лечения Солианом (амисульпридом) производилась полная отмена других антипсихотиков, терапия Солианом начиналась по мере их отмены. Пациенты получали Солиан перорально в 2 приема, суточная доза составляла 400—800 мг в день, в отдельных случаях — 1200 мг/день. Дозы подбирались в соответствии с индивидуальными клиническими особенностями пациентов. При включении в исследование большинству пациентов (83,9 %) Солиан был назначен в дозе 400 мг в сутки, у 16,1 % пациентов начальная доза составляла 200 мг в сутки. Поддерживающее лечение устанавливалось индивидуально с минимально эффективными дозами. В процессе лечения Солианом (амисульпридом) пациентам не назначались какие-либо другие психотропные (в т. ч. и антипсихотические) средства.

Через месяц лечения 57,1 % больным была рекомендована прежняя доза Солиана (400 мг в сутки), 42,9 % пациентам доза была увеличена (16,1 % — с 200 мг до 400 мг в сутки, 23,2 % — с 400 до 600 мг в сутки, 3,6 % — с 400 до 1200 мг в сутки).

По мере стабилизации болезненной симптоматики через 3 месяца проведенного лечения 66,1 % пациентам была рекомендована поддерживающая доза 400 мг в сутки, 21,4 % больным доза была снижена до 200 мг в сутки, а 8,9 % больным рекомендуемая доза приема Солиана сохранялась 600 мг в сутки.

В процессе лечения у 96,4 % пациентов отмечалась положительная динамика в состоянии. Прежде всего, снималось состояние напряженности и тревоги, пациенты становились спокойнее, улучшалось качество сна. Уже через месяц лечения отмечалось выраженное улучшение эмоционального состояния пациентов, снижение явлений апатико-абулической симптоматики: пациенты становились активнее, общительнее, проявляли больший интерес к окружающему.

Полностью закончили исследование в соответствии с протоколом 54 обследованных, 2 пациента выбыли из исследования через 2 месяца лечения из-за недостаточной его эффективности.

Обобщенная динамика степени выраженности продуктивных и негативных расстройств при шизофрении по данным шкалы PANSS под влиянием терапии Солианом (амисульпридом) представлена на рисунке 3.

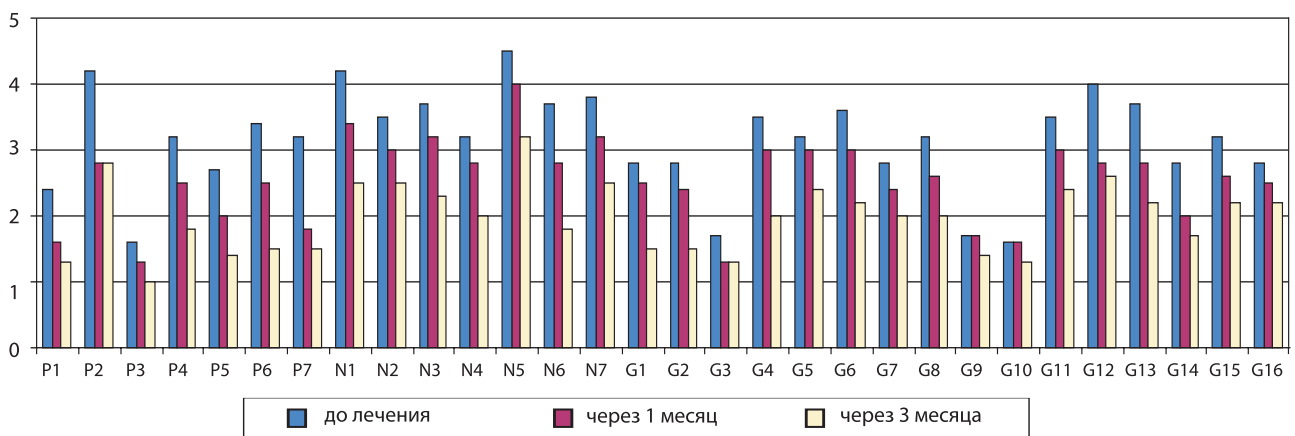


Рис. 3. Динамика показателей шкалы PANSS у больных шизофренией в процессе лечения Солианом

Положительная динамика отмечалась у больных уже после месяца проводимой терапии по всем позитивным и негативным шкалам и по большинству шкал общей психопатологии. Через месяц лечения средний балл по шкале PANSS составил 76,1 балл. Динамика снижения показателей PANSS практически по всем шкалам продолжилась и средний показатель шкалы PANSS после 3 месяцев лечения Солианом составил 59,0 баллов.

Динамика показателей по шкалам позитивных, негативных и общепатологических расстройств представлена на рисунках 4—6.

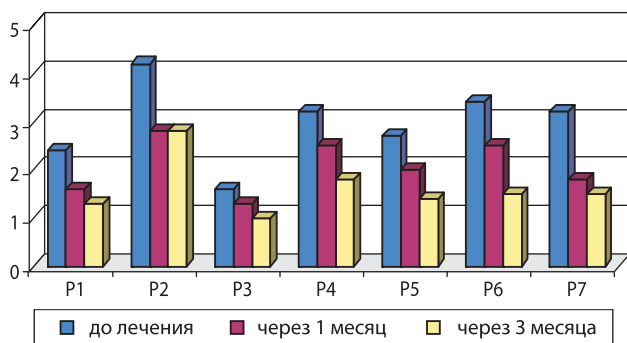


Рис. 4. Динамика позитивных расстройств у больных шизофренией в процессе лечения Солианом

До начала лечения средний суммарный балл по позитивным шкалам PANSS (P) составил 20,7 баллов. Достоверное снижение показателей позитивных расстройств по всем шкалам имело место уже через месяц лечения (средний показатель — 14,5 баллов).

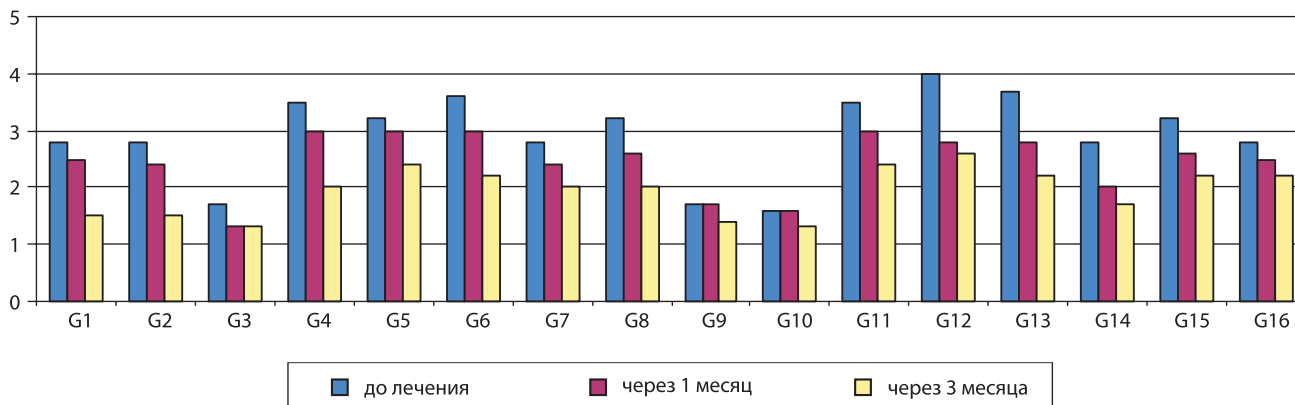


Рис. 6. Динамика общепатологических нарушений у больных шизофренией в процессе лечения Солианом

Через месяц лечения Солианом по шкалам G9 (мысли с необычным содержанием), G10 (дезориентация); существенной динамики не отмечалось, однако при оценке состояния через 3 месяца лечения позитивные изменения были отмечены по всем шкалам, достоверно больше — по шкалам G1 (озабоченность соматическими ощущениями), G2 (тревога), G4 (напряжение), G6 (депрессия), G8 (некооперативность), G11 (трудности концентрации внимания), G12 (снижение рассудительности и осознания болезни), G13 (волевые

Положительная динамика состояния по позитивным шкалам сохранялась и через 3 месяца лечения, снизившись в среднем по группе до 11,3 баллов (см. рис. 4).

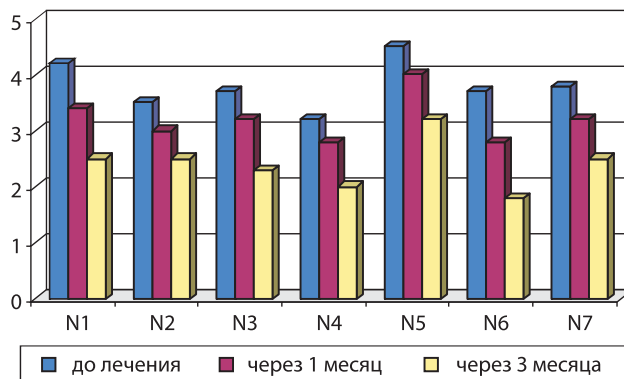


Рис. 5. Динамика негативных расстройств у больных шизофренией в процессе лечения Солианом

Положительная динамика в процессе лечения Солианом отмечалась по всем шкалам, отражающим негативные расстройства (см. рис. 5). Средний показатель PANSS по негативным расстройствам (N) до лечения составил 26,6 баллов, через месяц лечения он снизился до 22,4 баллов и через 3 месяца лечения отмечено достоверное снижение данного показателя (16,8 баллов).

Положительная динамика в процессе терапии Солианом выявлялась также и по шкалам, отражающих общепатологические расстройства (см. рис. 6).

нарушения), G14 (недостаточный контроль импульсивности).

Средний суммарный показатель по шкалам общепатологических нарушений до лечения составил 46,9 баллов, через месяц лечения — 39,2 баллов и через 3 месяца лечения — 30,9 баллов.

Динамика степени выраженности общей клинической оценки шизофрении по данным шкалы CGI под влиянием терапии Солианом (амисульпридом) представлена на рисунке 7.

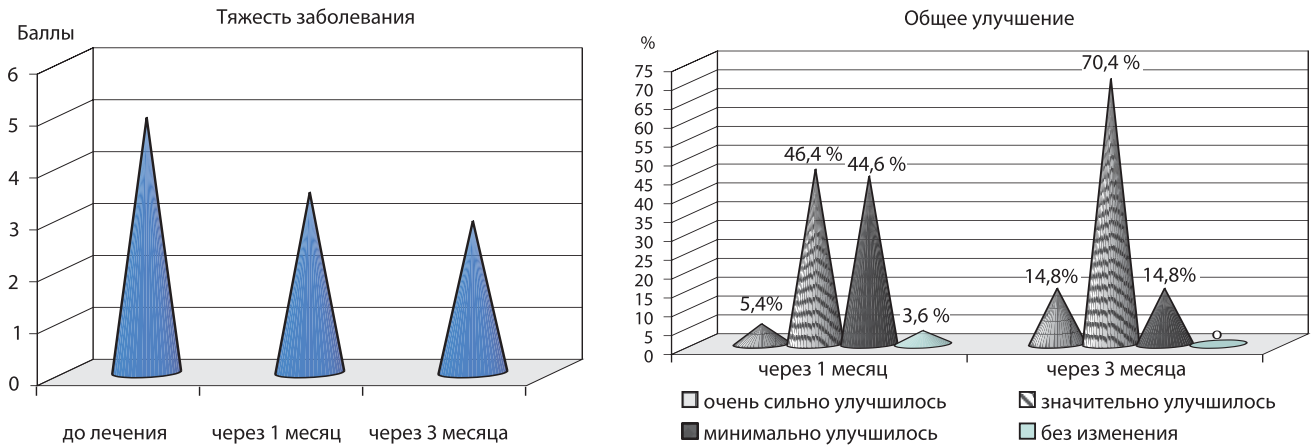


Рис. 7. Динамика степени выраженности общей клинической оценки шизофрении по данным шкалы CGI под влиянием терапии Солианом (амисульпридом)

Как свидетельствуют представленные данные, до начала лечения тяжесть заболевания в целом по группе составила 4,91 балла, что соответствовало диапазону показателей «среднетяжело болен» — «выражено болен»; уже через месяц приема Солиана данный показатель снизился до 3,47 баллов, что соответствовало диапазону между «легко болен» и «среднетяжело болен».

Через 3 месяца проведенного лечения состояние пациентов значительно улучшилось и средний показатель тяжести заболевания составлял 2,92 балла («пограничное состояние» — «легко болен»). Уже через месяц под влиянием терапии Солианом (амисульпридом) отмечалось существенное улучшение состояния больных: динамика в их состоянии оценивалась врачами как «очень сильно улучшилось» у 5,4 % пациентов; «значительно улучшилось» — у 46,4 %, «минимально улучшилось» — у 44,6 %, оценка состояния «без изменений» была лишь у 3,6 % больных.

Через 3 месяца проведенного лечения отмечалась дальнейшая стабилизация состояния больных. Характеристику «очень сильно улучшилось» отметили у 14,8 % больных, «значительно улучшилось» — у 70,4 % больных, «минимально улучшилось» — у 14,8 % больных.

Эффект препарата оценивался по индексу эффективности. Полученные данные представлены в таблице 2.

Согласно данным таблицы 2, индекс терапевтической эффективности у большинства пациентов (24 чел —

42,9 %) через месяц терапии Солианом составлял 05 (умеренный, без побочных эффектов) и 09 (минимальный, без побочных эффектов) (24 чел — 42,9 %), реже встречались индексы эффективности 01 (выраженный, без побочных эффектов), 13 (без изменения, без побочных эффектов), 06 (умеренный, побочные эффекты значительно не влияют на активность пациента) (по 2 чел — 3,6 %), 02 (выраженный, побочные эффекты значительно не влияют на активность пациента) и 10 (минимальный, побочные эффекты значительно не влияют на активность пациента) (по 1 чел — 1,8 %). Данные свидетельствуют о явном улучшении, частичной ремиссии болезненных симптомов либо незначительном улучшении у большинства обследованных и значительном улучшении, полном или почти полном исчезновении всех симптомов у некоторых из пациентов. У 2 больных через месяц терапии Солианом динамики в состоянии не отмечено.

Через 3 месяца лечения индекс эффективности значительно вырос и составил у большинства больных 01 (выраженный, без побочных эффектов) — 18 чел (32,1 %), у 14 пациентов (25,0 %) индекс эффективности составил 05 (умеренный, без побочных эффектов), у 8 (14,8 %) зарегистрирован выраженный терапевтический эффект, побочные эффекты значительно не влияющие на активность пациента (02); у 6 (8,9 %) — умеренный, побочные эффекты значительно не влияющие

Таблица 2

Сводная таблица индекса эффективности через 1 месяц лечения Солианом (по данным шкалы CGI)

Индекс эффективности		Побочные эффекты:							
		отсутствуют		значительно не влияют на активность пациента		значительно влияют на активность пациента		перевешивают терапевтический эффект	
		через 1 мес.	через 3 мес.	через 1 мес.	через 3 мес.	через 1 мес.	через 3 мес.	через 1 мес.	через 3 мес.
Терапевтический эффект:	Выраженный — значительное улучшение, полное или почти полное исчезновение всех симптомов	01 (2 чел.)	01 (18чел.)	02 (1 чел.)	02 (8 чел.)	03 (—)	03 (—)	04 (—)	04 (—)
	Умеренный — явное улучшение, частичная ремиссия симптомов	05 (24 чел.)	05 (14 чел.)	06 (2 чел.)	06 (6 чел.)	07 (—)	07 (—)	08 (—)	08 (—)
	Минимальный — незначительное улучшение, не изменяющее состояние здоровья пациента	09 (24 чел.)	09 (8 чел.)	10 (1 чел.)	10 (—)	11 (—)	11 (—)	12 (—)	12 (—)
	Состояние не изменилось или ухудшилось	13 (2 чел.)	13 (—)	14 (—)	14 (—)	15 (—)	15 (—)	16 (—)	16 (—)

на активність пацієнта (06). Минимальний терапевтичний ефект, без побочних ефектів (09) зареєстрований лише у 8 пацієнтів (14,8 %)

Таким образом, данные индекса эффективности через 3 месяца лечения Солианом свидетельствуют о выраженном терапевтическом эффекте с полным или почти полным исчезновением всех симптомов у большинства больных.

В результате проведенного исследования установлено, что фармакотерапевтическая эффективность препарата Солиан оценивается как «выраженная» у 26 пациентов (46,4 %), «умеренная» у 20 пациентов (35,7 %). «Минимальная» эффективность зарегистрирована у 8 (14,8 %) пациентов. У 2 больных (3,6 %) состояние не изменилось, что расценивалось как «отсутствие эффективности»

Таким образом, в результате лечения у 54 (96,4 %) больных шизофренией отмечалась положительная динамика выраженности клинических проявлений, что свидетельствует о высокой эффективности препарата Солиан (амисульприд).

Анализ результатов оценки переносимости препарата Солиан (амисульприд) при лечении больных шизофренией не выявил каких-либо побочных явлений и осложнений при его применении в течение 3 месяцев по 400—1200 мг в сутки.

Таким образом, данные проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

— препарат *Солиан (амисульприд), таблетки по 200 мг производства «Санофи-Синтелабо» (Франция)*, при назначении по 3—4 таблетки (600—800 мг) в сутки является эффективным средством при лечении острых и хронических шизофренических нарушений, сопровождающихся как позитивными, так и негативными симптомами;

— терапевтические эффекты препарата Солиан (амисульприд) включают редукцию негативной и позитивной симптоматики, восстановление эмоционального состояния больных, показателей активности и социального функционирования;

— препарат Солиан (амисульприд) хорошо переносится пациентами, побочные эффекты отсутствуют (75,0 %), либо значительно не влияют на качество жизни пациента (25,0 %);

— применение Солиана (амисульприда) 1—2 раза в день делает его прием удобным и не нарушает социального функционирования пациента.

Список литературы

1. Дороднова А. С. Оценка эффективности помощи больным в клинике первого психотического эпизода по сравнению с традиционными подходами. В кн.: материалы XIV съезда психиатров России. — Москва, 2005. — С. 51.
2. Джорж Арана, Джеральд Розенбаум. Фармакотерапия психических расстройств. — Москва: Бином, 2006, — 415 с.
3. Марута Н. А., Бачериков А. Н. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) // Международный медицинский журнал. — 2002. — Т. 8, № 1—2. — С. 46—52.
4. Марута Н. О., Бачериков А. М. Перший епізод шизофренії (закономірності формування, діагностика, терапія) // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (30). — С. 128—132.
5. Марута Н. А. Первый эпизод шизофрении (диагностика и терапия) // Там само. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 206—207.
6. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статистико-эпидемиологических данных ВОЗ // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 1999. — Т. 99, № 9. — С. 46—47.
7. Орловская Д. Д., Жариков Н. М., Тиганов А. С. Психиатрия в XXI веке // Там же. — 2002. — Т. 102, № 6. — С. 9—14.
8. Gaebel W., Riesbeck M. Results of the German Research Network of schizophrenia (GRNS): prodrome — based treatment in first episode schizophrenia. In abstract book of 15th AEP Congress. — Madrid, 2007. — P. 76.
9. Emsley R. Strategies of acute drug treatment in first-episode schizophrenia / In book of abstracts of international congress of WPA "Treatment in psychiatry: an update". — Florence, Italy, 2004. — P. 58.

Надійшла до редакції 7.12.2007 р.

Н. О. Марута, І. О. Явдак

Застосування Соліана при лікуванні пацієнтів з гострим початком або загостренням шизофренії

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України» (м. Харків)

З метою зібрати додаткові клінічні дані стосовно ефективності і безпеки застосування Соліана (амисульприду) обстежено 56 пацієнтів з шизофренією (відповідно до критеріїв МКБ-10 48 хворих — F 20.0, 8 хворих — F20.3).

Для обстеження використовувалися загальноклінічний метод, шкала PANSS, шкала CGI.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що препарат Соліан (амисульприд), при призначенні по 3—4 пігулки (600—800 мг) на добу є ефективним засобом при лікуванні гострих і хронічних шизофреничних порушень, які супроводжуються позитивними та негативними симптомами. Препарат Соліан (амисульприд) добре переноситься пацієнтами, побічні ефекти відсутні (75,0 %), або значно не впливають на якість життя пацієнта.

N. A. Maruta, I. A. Yavdak

Usage of Solian in therapy of patients with an acute onset or exacerbation of schizophrenia

"Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv)

In order to collect additional clinical data on efficacy and safety of Solian (amisulpride) 56 patient with schizophrenia (in accordance with ICD-10 48 patients — F 20.0, 8 patients — F 20.3) were examined.

In the examination the general clinical method, PANSS and CGI scales were used.

It was found out that Solian (amisulpride) in dose of 3—4 tablets (600—800 mg) per day is an effective medication to treat acute and chronic schizophrenic disorders accompanied both positive and negative symptoms. Solian (amisulpride) is well tolerable, adverse events either are absent (75.0 %) or have no a significant influence on patients quality of life (25.0 %).