

Как альтернативу можно использовать ресурсы здравоохранения. Стационарную службу желательно подвергнуть разумной оптимизации, с выделением отделений для больных, утративших родственные связи, не подлежащих выписке - это позволит уменьшить ставки обслуживающего персонала, например, для 2 отделений по 60 коек достаточно 1 ставки врача-психиатра. Также произойдет экономия за счет меньшего числа медицинского персонала и количества медикаментов. Как было сказано выше, большая часть лиц, направленных департаментом по делам обороны, может обследоваться в условиях дневного стационара и поликлиники. Для острых больных нужно предусмотреть отделения, в которых пациенты подлежат выписке в наиболее ранние сроки. При необходимости долечивание нужно проводить в дневном стационаре, в стационаре

на дому и диспансерной службе. Диспансерная служба имеет возможность купировать острые эндогенные психозы амбулаторно уже в настоящее время (при дополнении соответствующей нормативной базы). Для эффективного купирования психоза внебольничную помощь необходимо обеспечить достаточным количеством психотропных, антидепрессивных и антиконвульсионных средств. Сильное диспансерное отделение с адекватным лекарственным обеспечением, транспортом для объезда стационарных больных на дому своим дневным стационаром может стать действительно серьезным звеном госпитализма, инвалидизации, служить возвращению больных в общество и семью.

Вышеуказанные меры не требуют капиталовложений - средства могут быть изысканы в пределах одной службы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕЛАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т.Б. Оспан, А.О. Темиргалиев

Депрессия и её лечение являются одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Согласно данным ВОЗ, депрессиями страдают 5% населения Земли. В мире 20%-25% женщин и 7%-12% мужчин хотя бы раз в жизни перенесли депрессивный эпизод. Одна треть из них лечилась стационарно. Больными депрессиями совершаются 60% всех самоубийств. Таким образом, можно считать, что адекватно подобранное лечение при депрессии имеет большое клиническое и социальное значение.

Для лечения депрессии применяется более ста антидепрессантов из различных химических групп. Тем не менее, правильный выбор конкретного препарата при лечении депрессивных расстройств может вызывать затруднения у практических врачей. Это обусловлено необходимостью учитывать структуру самой депрессии, клинические показания, противопоказания, побочные действия лекарственного препарата, возраст больного, сопутствующую патологию, лекарственное взаимодействие.

Велаксин – это антидепрессант с новой химической структурой, его нельзя отнести ни к одному известному классу антидепрессантов. Он является мощным ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина, а также слабо подавляет обратный захват дофамина. Его эффект развивается относительно быстро от начала приёма. Велаксин относится к тахитимоаналетикам, то есть антидепрессантам быстрого действия (его эффект проявляется спустя всего 1-2 недели приёма). По-

бочные действия развиваются редко и выражены незначительно. Он отличается хорошей переносимостью. Кроме того, Велаксин обладает сбалансированным действием, он с успехом может применяться при наличии или отсутствии симптомов тревоги, заторможенности или двигательном возбуждении, при наличии дополнительных симптомов – бреда, галлюцинаций, психических автоматизмов. Преимуществом препарата также является то, что не вызывает обострения шизофрении и не усиливает продуктивную симптоматику, не вызывает инверсию аффекта (перехода депрессии в манию).

Целью исследования явилось изучение влияния антидепрессанта Велаксин при лечении депрессии у лиц, больных шизообразной шизофренией, в условиях стационара.

Материал и методы

Велаксин назначался 20 больным с шизообразной шизофренией, находившимся на стационарном лечении в государственном учреждении «Областной психоневрологический диспансер» (ГУ ОПНД).

В структуре приступа у больных отмечалась депрессия, которая проявлялась снижением настроения и аппетита, дополнительным возбуждением или заторможенностью, пессимистическими мыслями, нарушением сна. Депрессия во всех случаях сочеталась с вербальными псевдогаллюцинациями, бредовыми идеями преследования, воздействия психическими автоматизмами. Пре-

парат назначался в дозировке до 37,5 мг 2 раза в сутки в течение месяца.

Помимо Велаксина пациенты принимали базовую терапию психотропными препаратами: галоперидол – по 15-45 мг/сутки, рисполент-суспензия – по 4-6 мг/сутки, пирацетам по 600-1200 мг/сутки, корректор циклодол по 6 мг/сутки.

Ранее все больные получали другие антидепрессанты - амитриптилин, феварии.

Эффективность лечения оценивалась по шкале депрессии Монтгомери - Асберга (MADRS) на 1-й и 28-й день лечения.

Результаты исследования

В результате проведенного лечения велаксинотерапии отмечались: равномерная редукция псевдогаллюцинаций и бредовых идей, двигательное успокоение больных, нормализация поведения под влиянием нейролептической терапии, начиная с 3-7 дня лечения. Депрессивные расстройства

начинали уменьшаться с 7 дня (у 10 больных) и с 10-12 дня лечения (у 10 больных). При этом отмечался хороший клинический эффект - наблюдалось уменьшение подавленности, тревоги, внутреннего напряжения, улучшение сна, аппетита, ослабление пессимистических мыслей. Интенсивность симптомов депрессии плавно снижалась к концу курса лечения. Препарат отличался хорошей переносимостью. Каких-либо существенных побочных действий не отмечалось. Велаксин хорошо сочетался с другими психотропными средствами. Отрицательных эффектов лекарственного взаимодействия не было.

Заключение

Таким образом, за период исследования велаксин хорошо себя зарекомендовал при лечении депрессии у лиц, больных шизообразной шизофренией, в условиях стационара и может быть рекомендован для широкого практического применения.

Литература:

1. Авруцкий Г.Я., Недува Л.А. Лечение психически больных. – М., Медицина, 1988. – С. 528.
2. Андруцкий М.Ц., Морозов М.А. Комбинация антидепрессантов и нейролептиков при лечении аффективных расстройств и шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии. – М., 2000. - № 11. – С. 60-65.
3. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб, 1995. – С. 11-19, 155-156, 325-352.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Л. Рудич

г. Костанай

В 1980-1990 гг. в клиническую практику были внедрены психотропные препараты нового поколения, что привело к повышению эффективности лечения психических больных и улучшению качества их жизни, что способствовало возвращению личности обществу.

Атипичные нейролептики или психотропные препараты нового поколения (ППНП) – зипрекса, солиан, рисполент действуют на продуктивную симптоматику, не уступая классическим препаратам, традиционным по силе воздействия и времени, приводят к редукции психотических симптомов с первой же недели терапии. При поддерживающей терапии большую роль играет их другое качество – способность ослаблять, расщеплять негативную симптоматику (эмоциональное оскудение, отгороженность, апатию, пассивность, когнитивные расстройства). Такой эффект терапии атипичными нейролептиками позволяет замедлять

инвалидизацию пациентов, способствовать их возвращению обществу.

В силу избирательности своих действий психотропные препараты лишены побочных нежелательных явлений, осложнений, что создаёт условия больным соблюдать режим приёма лекарств, улучшают качества ремиссий, удлиняют их, сокращают число повторных поступлений. Существующее понятие «интенсивная терапия психозов» не утратило своей актуальности и в настоящее время. Если ранее понятие «интенсивная терапия психозов» соотносилось в основном лишь с такими нозологическими формами, как фебрильная кататония, алкогольный делирий, эпилептический статус (то есть состояния, когда главной задачей является сохранение витальных функций), то современное понятие «интенсивная терапия психозов» предполагает сочетание мощной психофармакотерапии, представителями ко-