

ГОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 11
1999

НАУКА
И ПРАКТИКА



ГНЦСиСП
им. В. П. Сербского

СТР. 3–8

Лекарства
для лечения
депрессий

СТР. 9–13



Проф.
Н. Б. Коростелеву
70 лет.

Поздравляем!

СТР. 14–15



Т. Б. Дмитриева – профессор, академик РАМН, директор ГНЦСиСП им. В. П. Сербского:

«Наша задача – разработать такие методы, которые позволят человеку выработать определенную стрессоустойчивость, оптимально адаптироваться к стремительно меняющемуся обществу».



Болезнь Альцгеймера и старение

18–20 октября Научно-методический центр по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН провел Вторую Российскую конференцию «Болезнь Альцгеймера и старение: от нейробиологии к терапии». В ней приняли участие более 300 человек, было сделано 55 докладов.

Болезнь Альцгеймера – нейродегенеративное заболевание головного мозга. Исследования последнего десятилетия существенно расширили представления об этой болезни. Разработаны унифицированные критерии диагностики, в том числе на ранних этапах ее развития, установлены особенности клинико-психопатологических и нейропсихологических проявлений на инициальных этапах деменции, так называемые мягкие варианты заболевания.

Помимо клинико-диагностических и широкого круга биологических проблем, особое внимание на конференции было уделено вопросам психофармакотерапии болезни Альцгеймера и других форм геронтопсихиатрической патологии. Существенное внимание было уделено новым терапевтическим разработкам, в том числе по применению препаратов экселон, акатинол мемантин, церебролизин, амиридин, глиатин, мексидол, танакан и др.

В конференции приняли участие крупные исследователи из различных учреждений РАН и РАМН, а также других ведущих научно-исследовательских центров страны. С докладом выступил профессор Б. Виндبلاد – ведущий специалист по проблемам геронтопсихиатрии Швеции.

Материалы конференции, опубликованные в сборнике, представляют интерес для исследователей, специалистов практического здравоохранения, связанных с решением проблем диагностики и терапии у пожилых больных психогериатрического и неврологического профиля.

Конференция была проведена при поддержке фармакологической фирмы NOVARTIS, Швейцария.

И. Рощина

ПСИХИАТРИЯ НА ПОРОГЕ XXI ВЕКА

Этой теме был посвящен трехдневный симпозиум, состоявшийся недавно в Москве в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Вводный доклад «Психиатрия на пороге XXI – проблемы и решения» сделала директор Центра Т. Б. Дмитриева. В дискуссии по пяти проблемам современной психиатрии (клиническая психиатрия; социальная психиатрия и организация психиатрической помощи; настоящее и будущее биологической психиатрии; наркология будущего; перспективы терапии психических заболеваний) приняли участие ведущие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-Дону, а также гости из Украины и Азербайджана.

Цифры и факты, характеризующие сегодняшнюю ситуацию, малоутешительны. Около 6% населения, а это более 7 миллионов человек, получают психиатрическую помощь в спецучреждениях; от призыва на военную службу по состоянию психического здоровья ежегодно освобождается примерно 20–30% юношей; число суицидов в России почти в два раза больше, чем в других экономически развитых странах.

Основными причинами увеличения числа психических расстройств, по мнению ученых, являются экологическое неблагополучие в отдельных регионах, а также постоянно возникающие социально-стрессовые ситуации. И если число больных основными психическими заболеваниями (шизофренией, эпилепсией и др.) в России фактически соответствует уровню заболеваемости в других странах, то граничные формы психических расстройств имеют неуклонную тенденцию к увеличению.

Для снижения напряжения в обществе, считают специалисты, помимо решения общеполитических и экономических вопросов, необходимо принимать дополнительные меры. В том числе – внедрить в практику современные системы медико-психологической профилактики и лечения психических расстройств, особенно в районах социальных бедствий, расширить подготовку специалистов данного профиля, наладить координацию деятельности, проводимой различными учреждениями и ведомствами.

Материалы симпозиума «Психиатрия на пороге XXI века» будут опубликованы на страницах «Российского психиатрического журнала».

У ПЕЧЕНИ ЕСТЬ ШАНС

В рамках Пятой Российской Гастроэнтерологической недели в Москве состоялся симпозиум: «Эссенциальные фосфолипиды в патогенетической терапии заболеваний печени. Возможности гибкого дозирования с использованием новой лекарственной формы Эссенциале»

С докладами выступили акад. В. Т. Ивашкин, проф. Университета г. Эссен (Германия) К. Нидерау, проф. Стеченского Университета (Германия, Польша) К. Й. Гундерманн, проф. С. Д. Подымова, проф. О. В. Корочкина и др.

60 лет назад немецкий профессор Айкерманн получил субстанцию, возникшую при разделении фосфатидов бобов сои. Спустя 20 лет в Германии появился препарат Эссенциале, который вот уже три десятилетия занимает прочное место на мировом фармацевтическом рынке. Стать «долгожителем» ему позволило сочетание высокой эффективности с практически полным отсутствием побочных явлений. Растительные вещества, на основе которых создан препарат, помогают печени восстановить повреждения, наносимые алкоголем, гепатотоксическими лекарствами, наркотиками и др. Эссенциальные фосфолипиды встраиваются в ее клеточные мембраны и восстанавливают утраченные функции.

Ничего не скажешь, повезло печени – у нее есть шанс. Значит можно выпить за производителя Эссенциале – компанию Рон-Пуленк Рорер.

ЧЕЛОВЕК ИМЕЕТ ПРАВО...



Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦСиСП) был организован в 1921 году. За это время название и подчиненность центра несколько раз менялись. Неизменными оставались основные направления работы и имя – профессора В. П. Сербского (1856–1917), одного из основателей русской школы судебных психиатров

С центром связана деятельность многих известных психиатров – профессоров Е. К. Краснушкина, И. Н. Введенского, А. М. Халецкого, Н. И. Фелинской, О. В. Кербилова и других.

В настоящее время здесь работают около 800 сотрудников, в том числе 45 докторов наук и профессоров, около 100 кандидатов наук. На базе ГНЦСиСП действуют шесть федеральных научно-методических центров, секция по психиатрии Ученого Совета МЗ РФ, 10 кафедр различных учебных учреждений, в том числе кафедра социальной и судебной психиатрии факультета постдипломного образования ММА им. И. М. Сеченова (зав. кафедрой проф. Т. Б. Дмитриева). Центр является головным учреждением в России по проблемам «судебная психиатрия», «социальная психиатрия» и др.

Ежегодно в экспертной клинике проводят более двух тысяч судебно-психиатрических экспертиз, оказывают консультативно-диагностическую и лечебную помощь пяти тысячам больных. В наркологическом отделении лечатся свыше 230 стационарных и 500 амбулаторных пациентов.

Мы беседуем с Татьяной Борисовной Дмитриевой, директором Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, экспертом комиссии по правам человека Европейского парламента Совета Европы.

– Татьяна Борисовна, насколько сегодня соблюдение понятия «права человека» согласуется с реалиями работы психиатрической службы страны?

– Думаю, в данном случае необходимо говорить не только о соблюдении прав психически больных, хотя и это вопрос немаловажный. Но хотелось бы остановиться на другом аспекте проблемы.

Ни для кого не новость, что и политическая, и экономическая, и социальная обстановка в России сегодня сложная. Это, разумеется, влияет на здоровье людей не в лучшую сторону. Практически любой человек может оказаться в ситуации, когда помощь психиатров и психотерапевтов становится просто необходимой. Но вот воспользоваться ей, как показывает практика, спешит далеко не каждый. С чем это связано? Во-первых, с элементарным незнанием, что получить первичную психотерапевтическую консультацию и есть неотъемлемое право каждого гражданина, а во-вторых – с элементарным непониманием того, что за всеми переживаниями, за всеми психическими перегрузками, если человек своевременно не обращается за помощью к специалисту, неизбежно приходит беда. Она не обязательно выражается в каком-либо заболевании психики.

Любая болезнь имеет так называемый психосоматический аспект. Возьмем простой пример. Человек переволновался, а в результате у него ухудшились показатели содержания сахара в крови. И диабет, который находился в латентном состоянии, выходит на поверхность и приобретает ярко выраженный характер.

– Какова роль Центра имени В. П. Сербского в создании законодательной базы страны?

– В 1992 году был принят Закон Российской Федерации «Об оказании психиатрической помощи и защите прав граждан при ее оказа-



нии», в работе над которым принимал непосредственное участие коллектив ГНЦСиСП.

По оценкам международных правозащитных организаций этот документ оказался даже более «цивилизованным», чем его аналоги во многих европейских странах. К сожалению, выполнение ряда его статей государством пока не может обеспечить в силу определенных финансовых трудностей. То есть он, в определенном смысле, оказался «на вырост».

Сотрудники Центра принимали участие и в создании нового Уголовного кодекса Российской Федерации. В результате этой работы в нем появилось несколько новых статей. Одна из них касается ограниченной вменяемости. Это очень важная статья, потому что в места лишения свободы попадает очень много людей с различными психическими расстройствами – психопатиями, легкими формами эпилепсии, шизофренией. Эти люди должны получать медицинскую помощь – и это включено в УК – там, где они отбывают наказание. Таким образом, мы снижаем рецидивную преступность. Определенная коррекция характера, поведения со стороны психиатра поможет человеку избежать правонарушения в дальнейшем. Сейчас Центром совместно с Главным управлением исполнения наказаний Минюста РФ ведется большая работа, чтобы это положение УК начало действовать в полном объеме.

По нашему предложению в Кодекс также введена статья об амбулаторном принудительном лечении лиц, совершивших преступление и признанных невменяемыми. В частности это касается лиц, у которых доказан острый психоз во время совершения право-

нарушения. С одной стороны – нет нужды их лечения в стационаре, а с другой – необходимо застраховать общество от подобных действий индивидуума в дальнейшем. Поэтому принимается промежуточная норма – амбулаторное лечение, но она закрепляется судом. Человек должен регулярно приходить на собеседование к психиатру, а в случае непосещения таких занятий, мера наказания может быть изменена.

Также была отменена статья об уголовной наказуемости добровольной гомосексуальной

связи. Еще во времена, когда эта статья действовала, люди одного пола создавали семьи, но вынуждены были это скрывать, чтобы не попасть на скамью подсудимых. Этим признана толерантность к человеку, который иначе устроен и имеет право быть иным.

Это лишь несколько наиболее ярких примеров изменений и дополнений в УК, внесенных с нашей помощью. Сейчас наши специалисты вплотную работают над созданием новых редакций Гражданского, Уголовно-процессуального кодексов, Кодекса о браке и семье.

– Какие направления в работе института на ближайшие пять лет вы считаете наиболее перспективными?

– С точки зрения науки главная наша задача на ближайшее время заключается в том, чтобы разработать такие методы – медикаментозные, психотерапевтические, психологические, которые позволили бы человеку выработать определенную стрессоустойчивость, наиболее оптимально адаптироваться к стремительно меняющемуся обществу. Безусловно, немаловажными являются проблемы аг-

рессии, включающие в себя работу и с агрессорами, и с их жертвами.

Разработки наших лабораторий иммунохимии и нейрохимии позволят не только понять структуру заболевания, но и найти такое лекарство, которое более эффективно и в короткий срок позволило бы с ним бороться.

В центре нашего внимания – депрессивные состояния. Сегодня депрессиями страдают все – дети, взрослые, пожилые. От этого заболевания никто не застрахован, а рост его таков, что по данным ВОЗ через двадцать лет оно выйдет на второе место по трудопотерям населения. Сейчас, по сведениям, которые поступают к нам из поликлиник, можно с уверенностью сказать, что треть обращающихся за медицинской помощью пациентов страдают скрытыми формами депрессии, которая прячется под маской какого-либо физического заболевания. А расстройства поведения у подростков есть ни что иное, как внешнее проявление депрессии.



В последнее время в ГНЦСиСП имени В. П. Сербского приоритетное развитие получили исследования, направленные на изучение проблем психиатрической помощи при экстремальных ситуациях. Об этой важной работе рассказывает Зураб Ильич Кекелидзе, заместитель директора Центра, руководитель отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях.

– Наш отдел работает по двум основным направлениям. Первое – это медико-психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях. Второе – неотложная психиатрия, в частности диагностика и лечение критических состояний. Отдел был создан в 1993 году, но медико-психиатрическая помощь постра-

ПОМОЩЬ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

давшим в чрезвычайных ситуациях сотрудниками нашего Центра начала осуществляться значительно раньше под руководством заместителя директора Центра по научной работе Ю. А. Александровского. Первый серьезный опыт мы получили во время землетрясения в Армении. Затем работали с пострадавшими во время аварии на Чернобыльской АЭС и ликвидаторами ее последствий. В дальнейшем, практически во всех серьезных чрезвычайных происшествиях в нашей стране, мы работали рука об руку со службами МЧС.

Трагические события в Кизляре, Первомайске, авиакатастрофа самолета ИЛ-76 (Иркутск), взрыв на шахте в Новокузнецке, пожар в общежитии института нефти и газа

им. Губкина, взрывы в Москве на улице Гурьянова и Каширском шоссе – вот далеко не полный список мест, где требовалась наша помощь.

При чрезвычайных ситуациях на первом этапе мы оказываем не только психиатрическую, но и общемедицинскую помощь, а также проводим консультации с другими специалистами. В критический момент от врача-психиатра как никогда требуется быстрота реакции. В первую очередь необходимо разделить пострадавших на больных с психотическими



расстройствами и лиц, у которых психические нарушения не достигли этого уровня. Критерием такой сортировки является оценка состояния сознания, двигательных расстройств (психомоторное возбуждение—ступор), особенности эмоционального состояния (страх, тревога, депрессия).

Очень важно в условиях чрезвычайной ситуации быстро наладить связь с психиатрической службой района бедствия. Ведь ее специалистам предстоит в диспансерах, поликли-

никах, стационарах принимать пострадавших и заниматься ими в дальнейшем. Поэтому к работе нашей врачебной бригады мы с первого же дня привлекаем местных психиатров, ведем вместе с ними прием, делимся накопленным опытом.

Еще на одном моменте хотелось бы заострить внимание. Зачастую психиатрическая помощь при чрезвычайных ситуациях требуется не только пострадавшим, но и спасателям. И, хотя это очень хорошо подготовлен-

ные в профессиональном отношении люди, бывает, что и они «перебирают свою дозу эмоционального облучения».

Поэтому нашим отделом, по заказу Министерства по чрезвычайным ситуациям России, разработана специальная методика, в которой предусматриваются и профилактика психических рецидивов у спасателей, и работа с ними во время ЧП, и, в случае необходимости, их психическая реабилитация.

ГРИМАСЫ ИСКАЖЕННОГО РАЗВИТИЯ

Одним из направлений деятельности Отдела судебно-психиатрических проблем подросткового возраста является изучение возрастных закономерностей динамики психических расстройств. Здесь разрабатываются пути профилактики и реабилитации детей и подростков, подвергшихся насилию.

Евгений Вадимович Макушкин, заместитель директора Центра по научной работе, руководит отделением судебно-психиатрических экспертиз. Вот что он нам рассказал:

— Сейчас в стране наблюдается значительный рост преступности среди несовершеннолетних с «утяжелением» совершаемых ими криминальных актов. Наше отделение, как и весь Центр имени Сербского, работает с учетом правовых и клинических реалий дня сегодняшнего. Чаще всего мы проводим экспертизу подросткам, представителям неблагополучных семей, совершившим правонарушение, для определения их вменяемости. Дети-потерпевшие, подвергшиеся жестокому обращению, насилию или агрессии, проходят амбулаторную экспертизу.

Одним из центральных направлений клинических исследований является проблема искаженного

развития. Здесь учитываем несколько факторов. Это и наследственность, во многом определяющая некоторые аномалии психического развития ребенка, и внешние факторы (травматизация, раннее употребление алкоголя, наркотиков), и, конечно же, влияние социума — общественной среды, семейного воспитания.

Невозможно выделить лишь один наиболее значимый фактор, предопределяющий искаженное (аномальное) развитие. Эта проблема столь серьезна, что профилактику нарушенного развития у ребенка, возможно, следует начинать с периода беременности и родов у его матери.

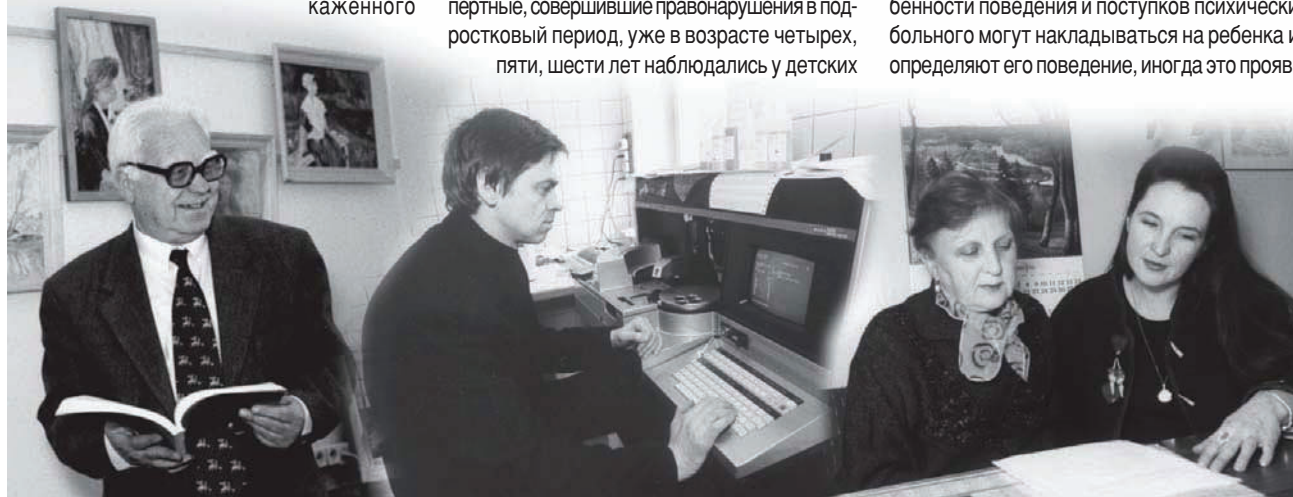
Высококвалифицированное родовспоможение очень важно в данном случае, потому что любая перинатальная черепно-мозговая травма может повлечь за собой значительные расстройства развития, интеллекта, памяти, психодинамические нарушения. Так же как любая травма в детстве порой может повлечь за собой расторможенность, неуправляемость, задержку созревания. Нередко наши подэкспертные, совершившие правонарушения в подростковый период, уже в возрасте четырех, пяти, шести лет наблюдались у детских



психиатров. И первичная профилактика асоциального поведения должна строиться именно на этих ранних этапах.

Как правило, подростки-преступники выросли в неблагополучных семьях. Это семьи матерей-одиночек, которые, в силу большой загруженности, не справляются с воспитанием подростка. Отец формально есть, но находится либо в местах лишения свободы, либо живет в другом городе и не оказывает никакой помощи ребенку. Предоставленный самому себе подросток очень часто примыкает к какой-то определенной асоциальной группировке, начинает зависеть от нее и вместе со сверстниками совершает противоправные действия.

Семья может быть благополучной и в клиническом аспекте, когда один из родителей, скажем, наблюдается у психиатра. Особенности поведения и поступков психически больного могут накладываться на ребенка и определяют его поведение, иногда это прояв-



ляется и в патологическом аспекте. Достаточно часто наблюдается наследование шизофрении, эпилепсии, могут передаваться различные личностные расстройства – склонность к истерическим реакциям или агрессии. Поэтому и у ребенка могут наблюдаться какие-то особо тяжелые (патологические) черты характера одного из родителей, сюда же можно отнести и склонность к алкоголизму. Если один или сразу оба родителя употребляют спиртное, лечились, наблюдались у нарколога, ребенок в такой среде зачастую просто не знает, как по-другому построить свою жизнь.



В терапии психически больных сконцентрированы все основные вопросы, которые необходимо решать в психиатрической практике. От диагностики и возможностей организации психиатрической помощи зависит выбор тактики лечения, лекарственных препаратов, программы дальнейшей реабилитации больного. Об этом размышляет Юрий Анатольевич Александровский – замес-

В таких же неблагополучных семьях дети нередко подвергаются насилию. Оно может быть физическим, психогенным, сексуальным. У ребенка с такого рода травмой, как правило, обнаруживаются разного рода психические нарушения. Такие травмы влияют на формирование патологии характера, нарушают нормальное развитие и накладывают отпечаток на всю дальнейшую жизнь. Поэтому такие дети отстают от сверстников, отличаются по характеру и поведению. Бывает, к сожалению, и такое порочное «кольцо», когда дети, которые ранее подверглись сексуальному или физическому злоупотреблению, примерно так же ведут себя по отношению к своим сверстникам и младшим. Это тоже большая проблема, которую еще предстоит исследовать в нашем Центре.

В настоящее время мы ставим перед Минздравом РФ вопрос о создании Федерального научно-методического центра медицинских и правовых проблем несовершеннолетних. Здесь, например, врачи-психиатры могли бы вести прием детей и подростков, подвергшихся агрессии. Сюда «проблемного» ребенка мог бы привести учитель, сосед, родственник и посоветоваться, что делать. Только специалисты могут определить степень поражения детской психики и подсказать, как же в дальнейшем избежать подобных ситуаций – обратиться ли в правоохранительные органы или искать медицинский, психологический коррекционный подход не только к подростку, но и к его семье.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

итель директора Центра, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии, доктор медицинских наук профессор, руководитель отдела пограничной психиатрии.

– Проблемы терапии психически больных неотделимы от общих вопросов клинической психиатрии. Уходящее двадцатое столетие внесло очень много изменений в психиатрическую практику. В середине этого века появилась новая группа лекарств – так называемых психофармакологических препаратов, которые буквально изменили облик психиатрических больниц. С их помощью удается купировать острое психомоторное возбуждение, отпадает необходимость в определенных мерах лечения возбуждения. Скажем, такие вещи как ремни для фиксации больных, особые палаты с мягкими стенами, чтобы пациент не мог повредить себя, холодное

укутывание – все это ушло в прошлое, а ведь было это не так уж и давно. Это одна часть действия препаратов, другая заключается в том, что целый ряд выраженных психических расстройств, сопровождаемых бредом, галлюцинациями, ярко выраженным страхом, с помощью препаратов легко поддаются редукции.

Это сблизило наших больных с общесоматическими, позволило по-другому строить реабилитационные режимы психиатрических стационаров.

Антидепрессанты, которые можно применять и амбулаторно, и стационарно, значительно улучшили состояние многих пациентов. И не только тех, кто обращается непосредственно к врачам-психиатрам.

Ноотропные препараты, такие, например, как Танакан, оказывают активирующее влияние на интегративные механизмы мозга, стимулируют интеллектуальную деятельность, улучшая память, повышая устойчивость клеток мозга к повреждающим воздействиям.



Нейролептические средства способны воздействовать на галлюцинаторно-бредовые и другие продуктивные расстройства.

Транквилизаторы оказывают противотревожное, успокаивающее действие, а психостимуляторы – повышают физическую выносливость и темп интеллектуальной деятельности.

Введение в широкую практику психофармакологических препаратов позволило более широко применять другие методы. Например, «отсекая» у больного с помощью препаратов тревогу и страх, значительно легче применять различного рода психотерапевтические методики. Это в первую очередь относится к больным с невротическими расстройствами.

По существу на сегодняшний день можно констатировать, что лечение психически больного – это использование комплекса биологических и психотерапевтических средств. Благодаря такому подходу можно добиваться значительных положительных результатов. И это самое важное.

Чтобы наиболее полно и рационально использовать эту систему необходима очень четкая клиническая дифференциация состояния. Образно выражаясь – подбор ключа к замку. Ключ – это потенциальные возможности лекарственных препаратов, замок – клиническое состояние психически больного.

Тщательная клиническая дифференциация состояний требует серьезных знаний от врача-психиатра, проводящего и назначающего лечение, причем, не только в области клинической психопатологии. Нужно увидеть и проанализировать тип психического расстройства, хорошо представить себе фармакодинамику, механизм действия лекарственных средств, процессы их взаимодействия друг с другом. Отсутствие подготовки в этой области в значительной степени сдерживает сегодня и рациональное применение лекарств, и организацию терапевтического процесса.

В Центре имени Сербского вопросы терапии психически больных зани-

мают значительное место. Традиционно, на протяжении многих лет, наши клиники являются одними из главных баз Фармкомитета России по изучению новых лекарственных препаратов, применяемых в психиатрии и наркологии. На сегодняшний день организовано специализированное отделение по изучению средств и методов терапии психически больных. Оно одно из немногих в нашей стране проводит изучение препаратов в соответствии с международными требованиями по системе GSP.

Большое внимание мы уделяем этическим вопросам применения психотропных препаратов при лечении психических заболеваний. По международным требованиям, при назначении этих лекарств необходимо обязательное согласие пациента на их прием. Проводится серьезный анализ возможности изменения «качества жизни» больного во время психофармакотерапии. Дело в том, что многие психотропные препараты, наряду с тем, что снимают бред, галлюцинации, тревогу, могут вызывать мышечную слабость, вялость, сонливость. Это те побочные явления, которые нужно предусмотреть и попытаться свести к минимуму.

Большое место при исследовании новых лекарств занимают психофизиологические, биохимические, иммунохимические исследования, которые требуют участия разных специалистов, а также современной аппаратуры, реактивов. Это накладывает очень большую ответственность на врачей, проводящих испытания и вырабатывающих инструкции по их применению в широкой лекарственной практике.

Сотрудники центра имени Сербского уделяют повышенное внимание методическим вопросам применения разных лекарственных препаратов и психотерапевтических методик при лечении по-

граничных форм нервно-психических расстройств.

Поскольку на ГНЦСиСП возложены функции Федерального научно-методического центра пограничной психиатрии, рекомендации, разработанные здесь, являются основополагающими для психиатров всей страны.

В области терапии издано в последнее время несколько серьезных трудов, в скором времени выходит большая монография, подготовленная в ГНЦСиСП, которая называется «Психофармакотерапия при пограничных психических расстройствах», методические рекомендации публикуются в журнале, который выпускает Центр, а методики, утвержденные Министерством здравоохранения России, уже в качестве государственного документа рассылаются в регионы.

Большую работу Центр проводит в сотрудничестве с Институтом фармакологии РАМН. Думаю, результатом такого сотрудничества в скором времени станут новые отечественные психофармацевтические препараты.

Центр им. В. П. Сербского, совместно с другими научными медицинскими учреждениями, является разработчиком формуляра по лекарственным препаратам, который находится сейчас на утверждении в Минздраве, и с 2000 года будет важным справочным документом по применению лекарственных препаратов в медицинской практике. Раздел, посвященный препаратам, используемым при лечении психических расстройств, подготовлен при нашем активном участии.



РАБОТАЕМ НА ПЕРСПЕКТИВУ

ГНЦСиСП им. В. П. Сербского является головным учреждением в России по проблемам «судебная психиатрия» и «социальная психиатрия». Он оказывает консультативно-методическую помощь региональным судебно-психиатрическим службам. Продуктивно идет научно-практическое сотрудничество в рамках заключаемых договоров. Сотрудники Центра систематически выезжают с лекциями, проводят научные семинары, клинические разборы. Благодаря этому, несмотря на существующие острые финансовые проблемы, удалось предотвратить разобщенность службы, сохранить процесс обучения и повышения квалификации специалистов. Василий Васильевич Вандыш-Бубко, руководитель отделения экзогенных психических расстройств отдела СПЭ, один из тех, кто активно занимается этой важной работой.

– Какие темы в нынешнем году пользовались наибольшей популярностью у слушателей на местах?

– Если говорить о судебной психиатрии, то в последние два-три года наибольший интерес вызывают две проблемы. Первая – это изменившиеся принципы диагностики в связи с принятием в стране новой международной классификации психических расстройств. Существуют разные ее оценки, однако, эта классификация для нас – скорее непривычная, чем неудобная, либо не устраивающая нас вовсе. И никто не может отрицать ее положительных сторон. Прежде всего, заложенные в нее принципы позволяют сократить расширительную диагностику психических болезней. Меняется даже понятие психических болезней как таковых, им на смену приходит «расстройство» как категория менее дискредитирующая пациента и в которую закладывается смысл недуга преходящего и излечимого. Нет необходимости объяснять, насколько это значимо для человека, столкнувшегося с подобной бедой.

Вторая проблема – освоение в судебно-психиатрической практике новой для нашего законодательства правовой нормы – так называемой ограниченной вменяемости. Эта норма предполагает, что некоторые психические расстройства могут ограничивать способность лица во время совершения им правонарушения в полной мере осознавать свои действия либо руководить ими. В этих случаях закон не исключает ответственности за содеянное, однако, констатация ограниченной вменяемости может учитываться судом как смягчаю-

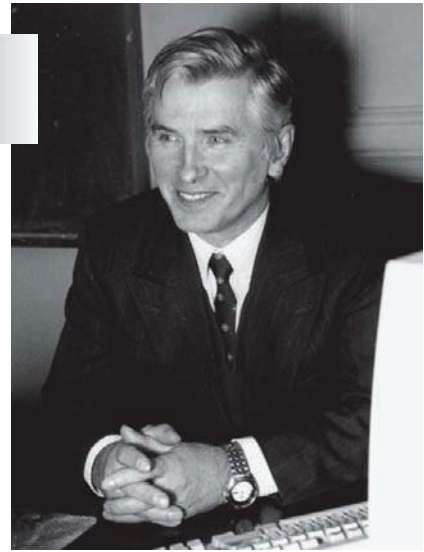
щее вину обстоятельство. Эта, безусловно, прогрессивная норма, дает возможность разделить не только «черное-белое», «невменяем-вменяем», но и справедливо в конечном итоге оценить ответственность лица, совершившего правонарушение.

– Другими словами в этом отношении мы приблизились к мировым стандартам...

– Я не стал бы в данном случае говорить о каком-то «приближении». Дело в том, что ограниченная вменяемость подобно ряду других правовых норм в нашей стране до некоторых пор не признавалась. Сейчас ограниченная вменяемость принята в законодательном порядке. Что же касается международной практики в этом отношении, то можно назвать несколько существующих подходов к правовой трактовке нормы. В некоторых странах ограниченная вменяемость используется лишь применительно к категории лиц с психическими расстройствами, совершивших определенное правонарушение – убийство. В других странах практика применения нормы носит своего рода «расширительный» характер, когда ограниченно вменяемым может быть признан больной не только совершивший правонарушение, но и потенциально в этом отношении опасный. Соответственно, в последнем случае он может быть осмотрен психиатром, госпитализирован в недобровольном порядке. Другими словами, лица, совершившие и не совершившие преступление, законом при таком понимании ограниченной вменяемости как бы не разделяются. В нашей стране используется третья модель, согласно которой норма ограниченной вменяемости правомочна лишь в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших правонарушение, причем любое. Идея применения нормы состоит в дифференцированной оценке способности лица в связи с наличием у него психического расстройства осознавать свои действия, руководить ими в момент совершения правонарушения. По всей вероятности – этот подход наиболее адекватен с научной точки зрения и с учетом заложенной в эту правовую категорию идеи справедливости.

– Частые командировки на места дают возможность оценивать уровень подготовки врачей на периферии. Каков он сегодня?

– В этом году я побывал в Оренбурге, Чите, Екатеринбурге, Мурманске, Волгограде и для себя вынес оттуда два основных впечатления. Первое – людям приходится трудиться в очень стесненных материальных условиях.



Может быть, не стоит об этом говорить – все и так знают, но и не говорить об этом нельзя. Несмотря ни на что – и это второе – на местах работают специалисты очень высокой квалификации, не потерявшие интереса ни к научной деятельности, ни к изучению новейшего опыта в психиатрии. И приезжаем мы туда не столько учиться, сколько обмениваться опытом с коллегами.

– Вам много приходится работать с молодыми учеными. К каким вопросам в современной психиатрии они проявляют наибольший интерес?

– В нашем отделении мы исследуем органические психические расстройства, то есть обусловленные внешними (экзогенными) вредностями – травмы головного мозга, инфекционные заболевания центральной нервной системы, острые и хронические интоксикации и др. Современное состояние здесь характеризуется изменившейся структурой экзогенных вредностей, известными экологическими проблемами. Соответственно, в клинической психиатрии наблюдаются новые атипичные формы психического реагирования на экзогены, расширение спектра психических расстройств, такая угрожающая тенденция как своего рода стирание границ между патологией и нормой, между болезнью, предболезненным состоянием и здоровьем. Молодых ученых в судебной психиатрии интересуют не только частные аспекты экспертизы, но и проблемы ее методологии. Отрадно, что этот высокий уровень научных исследований для них принципиально доступен. Большинство из них владеют иностранными языками, на «ты» с компьютером, уже имеют свои симпатии в психиатрии. Им надо помогать, относиться к ним и уважительно, и требовательно – спрашивать чуть больше, чем, как им кажется, они могут сделать. В этом, наверное, и есть перспектива.

Материалы из ГНЦСиСП им. В. П. Сербского подготовил Д. Виноградов, фото В. Афанасьева.

ГЕПТРАЛ В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Проф. Н. Н. Иванец, акад. РАМН И. П. Анохина, к. м. н. Т. П. Небаракова

Гептрал (адеметионин) – лекарственное средство, обладающее гепатопротекторным, антихолестатическим, детоксикационным, регенерирующим и антидепрессивным действием.

По структуре адеметионин (S-аденозил-L-метионин) представляет собой химическое соединение, встречающееся во всех тканях и жидких средах организма. Молекула адеметионина включается в большинство биохимических реакций как донор метиловой группы (трансметилирование) и как предшественник тиоловых соединений (цистеин, таурин, глутатион, CoA и т. д.).

Гептрал назначается при внутриспеченочных холестазах при поражении печени различного генеза: вирусных, токсических (в т. ч. алкогольных), лекарственных (антибиотики, противотуберкулезные и противовирусные препараты, пероральные контрацептивы, цитостатики), при цирротических и прецирротических состояниях. Гептрал используется для лечения абстинентного синдрома при алкоголизме и наркомании, энцефалопатий различного генеза. При соматогенных депрессиях он назначается как «атипичный антидепрессант».

Исследование действия Гептрала, проведенное у больных с депрессивными расстройствами, показало, что он обладает существенной эффективностью, ранним началом действия, которое, в отличие от «классических антидепрессантов», не сопровождается побочными снотворным и гепатотоксическим эффектами. Препарат хорошо переносится: при пероральном приеме суточной дозы 1600 мг, не было отмечено неблагоприятных явлений кроме редких и слабых воздействий на желудочно-кишечный тракт.

Целью нашего исследования было изучение активности Гептрала при лечении депрессивных расстройств и патологического влечения к алкоголю (при алкогольном абстинентном синдроме), а также гепатотропного действия препарата.

В исследование включались больные с диагнозом по DSM-IV: алкогольная зависимость, алкогольный абстинентный синдром (ААС), аффективные расстройства, связанные с алкогольной зависимостью, патология печени. Было обследовано 20 больных, все мужчины, в возрасте от 30 до 60 лет, с длительностью заболевания от 6 до 25 лет. У всех больных были выявлены диагностические критерии алкоголизма, соответствующие 2-й стадии, абстинентный синдром сопровождался соматовегетативными и психопатоло-

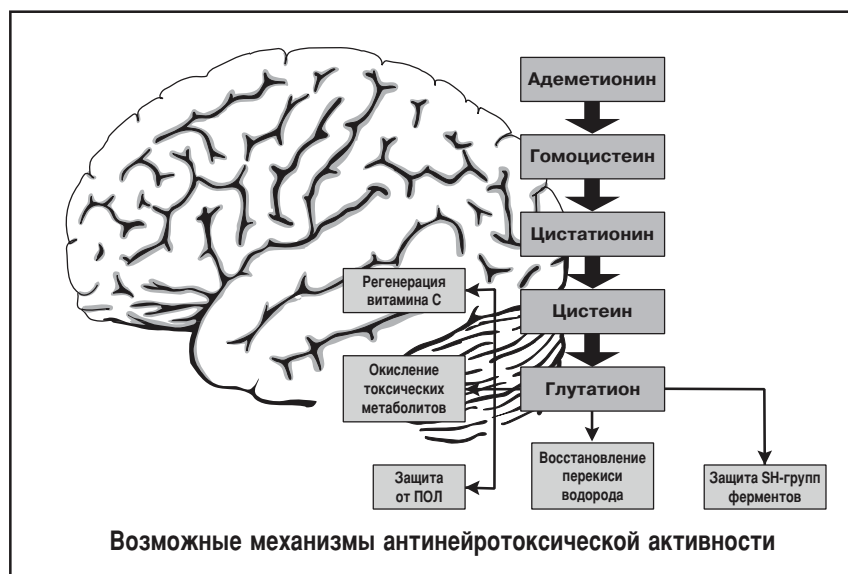
гическими расстройствами. Больные жаловались на слабость, разбитость, пониженный аппетит, тошноту, рвоту, головокружение, болевые ощущения в области сердца, диспептические расстройства. У больных отмечались жажда, гипергидроз, тремор рук, нарушения сна. Структура психопатологических расстройств характеризовалась в основном депрессивными нарушениями.

Гептрал вводили в суточной дозе 800 мг (2 табл.) в день в течение 2 недель, затем больные принимали по 1 таблетке 4 раза в день в течение следующих 2 недель. Таким образом, длительность лечения составила 4 недели.

Активность препарата оценивали при помощи шкалы Гамильтона, шкалы общего кли-

намике всех изученных проб функции печени и уменьшение ее размеров). Отмечалась хорошая переносимость препарата, без побочных явлений и осложнений, отсутствовало и привыкание к нему.

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что Гептрал является достаточно эффективным препаратом при лечении депрессивных состояний у больных с алкогольным абстинентным синдромом. Направленность действия – анксиолитическое и антидепрессивное. Следует отметить положительное действие Гептрала на патологию печени, обусловленную хронической алкогольной интоксикацией. Как умеренное терапевтическое действие следу-



гического впечатления, шкалы соматовегетативных нарушений, шкалы психопатологических нарушений.

Гептрал оказывал терапевтический эффект на 2–3 день лечения. У больных исчезали страх и тревога, уменьшалась раздражительность, которая полностью исчезала на 7–8 день. Настроение постепенно выравнивалось в течение одной недели. В меньшей степени препарат оказывал воздействие на нарушения сна и патологическое влечение к алкоголю. Терапевтическое воздействие на соматовегетативные проявления отмечалось на 2–3 день лечения: нормализовалось АД, восстанавливался аппетит, исчезали тремор и гипергидроз.

Анализ динамики биохимических изменений позволяет положительно оценить гепатотропный эффект препарата как умеренный (отмечается тенденция к положительной ди-

ет подчеркнуть его влияние на патологическое влечение к алкоголю и его седативное действие.

На основании изложенного целесообразно рекомендовать Гептрал для комплексного лечения больных алкоголизмом. Начинать его использовать следует при остром абстинентном синдроме.

(По материалам научного симпозиума)

Более подробную информацию о препарате и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы Кнолль АГ по тел.: (095) 234 9666; факс: (095) 234 9667.



ТАНАКАН ПРИ ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А. С. Аведисова, В. И. Бородин, В. О. Чахава, ГНЦСиСП им. В. П. Сербского

Для клиники пограничной психиатрии характерна реальность использования всего объема психофармакологических эффектов психотропных препаратов (медленного специфического и быстрых неспецифических), что расширяет возможности психофармакологического воздействия и достижения терапевтической эффективности. Это особенно отчетливо проявляется при использовании у больных с пограничными психическими расстройствами препаратов из группы нейрометаболических церебропротекторов, показания для применения которых непрерывно расширяются. Частично это связано с многокомпонентностью действия большинства из этих препаратов, регулирующих множество метаболических, нейромедиаторных и других сдвигов в организме, тем самым расширяя компенсаторные возможности мозговых структур. Это отражает и множество названий-синонимов для обозначения этих препаратов – нейрометаболические церебропротекторы, нейрорегуляторные, ноотропные, нейроанаболические, зутрофические средства, нейропротекторы, ангиопротекторы. К числу препаратов, обладающих многокомпонентным действием и позволяющим оказывать положительное

влияние одновременно на различные составляющие астенического симптомокомплекса, относится оригинальный препарат **Танакан**. Его действующее вещество – стандартизированный патентованный экстракт из листьев реликтового дерева гинкго билоба, компоненты которого представлены флавоноидными гликозидами, терпеновыми составляющими, проантоцианидинами и органическими кислотами. Препарат улучшает основной энергетический обмен, стабилизирует клеточные мембраны, обладает сосудорегулирующим, противоотечным действием, улучшает реологические свойства, облегчает транспорт нейромедиаторов, увеличивает плотность синаптических рецепторов, способствует синтезу АТФ и утилизации глюкозы.

Танакан показал высокую терапевтическую эффективность у больных, страдающих головокружениями, периферической глухотой, старческой дегенерацией желтого пятна, а также психоорганическими нарушениями и церебральной недостаточностью. Он успешно применялся у пациентов с начальной стадией церебрального атеросклероза и ес-

тественным мозговым старением. Однако выраженная антиоксидантная активность препарата позволяет предположить более широкую возможность использования, в частности при лечении пограничных психических расстройств. Об этом свидетельствуют данные клинико-фармакологических исследований эффективности терапии невротических состояний препаратами, обладающими специфическим влиянием на процессы ПОЛ.

К настоящему времени накопился довольно весомый клинический опыт использования Танакана.



Целью исследования, проведенного в Отделе пограничной психиатрии ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, являлось изучение терапевтической эффективности и переносимости Танакана у больных с астеническими расстройствами при неврозах и органических поражениях ЦНС. Было изучено 20 больных в процессе 56-дневного лечения Танаканом в дозе 240 мг (в утренние часы). Состояние пациентов оценивалось с использованием шкал психопатологической симптоматики, общего клинического впечатления, побочных эффектов, нежелательных явлений и др.

Результаты исследования выявили существенную эффективность препарата у больных с астеническими расстройствами: динамика средних показателей общей выраженности психопатологической симптоматики равномерно уменьшилась в процессе лечения более чем в 2 раза ($p < 0,001$).

При этом большей редукции подвергались собственно астенические, тревожные и сомато-вегетативные расстройства по сравнению с невротической симптоматикой (сенестопохондрической и обсессивно-фобической).

Отмечена высокая эффективность Танакана в отношении различных расстройств сна, величина редукции которых достигала к концу лечения 72% (особенно пресомнических).

Учитывая, что специфическое действие ноотропов адресуется в основном к церебральному звену патогенеза – органическим заболеваниям головного мозга различного происхождения или резидуальной церебро-органической недостаточности, больные с астенической симптоматикой, получавшие терапию Танаканом, были разделены на две группы: больные с астеническими расстройствами на фоне органической патологии и больные с астеническими расстройствами без органической патологии (в рамках неврастении). Наибольшую силу общего положительного лечебного действия Танакан проявил при астенических нарушениях органического генеза, при которых эффективность терапии примерно в 1,5 раза превышала этот показатель при астенических расстройствах в рамках неврастении. Особо следует отметить высокую переносимость препарата. Отмечаемые у двух больных ухудшения сна не требовали применения гипнотиков и редуцировались спонтанно.

Таким образом, Танакан проявляет сходный с другими нейрометаболическими церебропротекторами спектр психофармакологической активности, включающий транквилизирующий и психостимулирующий «быстрые» компоненты действия, реализация которых позволяет достигать положительных результатов при астенических состояниях в рамках пограничной психиатрии. Не случайно, что именно в психиатрической больнице № 12 (клинике пограничной психиатрии), по сравнению с другими медицинскими учреждениями (психиатрической больницей и терапевтическим стационаром), частота назначений ноотропов занимает первое место (см. диаграмму).

Более подробную информацию о препарате Танакан и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы Бофур Ипсен по адресу: 104009, Москва, ул. Таганская, 19; тел.: (095) 258 5400, факс: (095) 258 5401.



ГЛИАТИЛИН: МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА КЛЕТОК НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*М. М. Одинак, профессор, доктор медицинских наук, Военно-медицинская академия,
Санкт-Петербург*

По данным ВОЗ, частота развития инсульта в мире в последнее десятилетие увеличилась с 1,5 до 5,1 на 1000 человек. Среди выживших больных 75–80% становятся инвалидами, в том числе 33% больных полностью зависят от помощи окружающих и нуждаются в длительной дорогостоящей медико-социальной реабилитации.

Развитие острой церебральной ишемии характеризуется критическим падением церебральной гемоперфузии, которое вызывает запуск патологического биохимического каскада, приводящего к гибели нейронов. Критическое падение мозговой перфузии кратковременно, поэтому терапевтические усилия, позволяющие снизить энергозатраты нейронов и повысить их устойчивость к гипоксии, помогут нервным клеткам «пережить» неблагоприятный период и сохранить свою структуру. Таким образом, при развитии острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) должны быть решены две основные задачи: восстановление и поддержание оптимальной церебральной гемоперфузии и метаболическая защита клеток центральной нервной системы.

Спектр препаратов метаболической защиты клеток ЦНС сегодня достаточно широк. Разнообразны как дозировки, так и фармакологические группы (нейро-) цитопротекторов: блокаторы кальциевых каналов, антигипоксанты, ноотропы, антиоксиданты и средства, уменьшающие интенсивность свободно-радикального и перекисного окисления липидов и тормозных нейромедиаторов. С этой целью используются мембранстабилизирующие свойства глюкокортикоидов и антигистаминных препаратов. В клинической практике традиционно назначаются церебролизин, ноотропил, реже – актопротекторы (бемитил, томерзол, актовегин). Однако большинство из этих средств имеют дополнительные фармакологические свойства, затрудняющие безопасное применение в остром периоде инсульта, а их метаболическая активность не всегда достаточна.

В этом отношении заслуживает внимания новый лекарственный препарат **Глиатилин** (холин алфосцерат), обладающий высокой метаболической и нейропротективной эффективностью. Глиатилин способен проникать через гематоэнцефалический барьер,

содержит 40,5% метаболически защищенного холина и служит донором для биосинтеза нейротрансмиттера ацетилхолина в пресинаптических мембранах холинергических нейронов. Кроме того, из холин алфосцерата в организме образуется фосфатидилхолин, который обеспечивает биосинтетические процессы мембранных фосфолипидов, улучшая пластичность и плотность тел нейронов.

Терапевтической «мишенью» для препарата служат холинергические структуры ЦНС (базальные ганглии, таламус, серое вещество полушарий, хвостатое ядро, ядра моста, передние рога боковых желудочков, вегетативные образования). Опосредованное влияние холинергической системы на дофаминергическую, ГАМК-ергическую и глутаматергическую медиаторные системы обеспечивает спонтанную активность и эмоциональное поведение, память и волевые акты.

Глиатилин имеет широкий спектр применения. Его показания: острый период черепно-мозговой травмы с преимущественно стволовым уровнем поражения; хроническая цереброваскулярная недостаточность (дисциркуляторная энцефалопатия); синдром деменции различного генеза (сенильная деменция альцгеймеровского типа, деменция после перенесенных ишемических инсультов, смешанные формы деменции); хорея Геттингтона и т. д. Глиатилин улучшает концентрацию, запоминание и воспроизведение информации, улучшает настроение, способствует устранению эмоциональной неустойчивости, раздражительности. Препарат хорошо переносится, противопоказаниями для его назначения являются повышенная чувствительность, беременность и лактация.

Остановимся подробнее на возможностях Глиатилина в лечении ишемического инсульта.

При лечении этим препаратом у больных с ОНМК в целом отмечено более раннее (в среднем на 3–4 сут. чем при использовании препаратов других фармакологических групп) восстановление сознания и выход из коматозного состояния. Результаты клинических исследований дают основания полагать, что у пациентов, получающих Глиатилин, имеет место более интенсивное функционирование нейронов, попавших в зону

ишемии, на фоне прежнего уровня энергообмена (заместительный холиномиметический эффект). Кроме того, у этих больных уменьшается количество необратимо поврежденных нейронов, что связано с сокращением сроков острейшего периода инсульта. Клинически это проявляется уменьшением объема неврологического дефицита. Экспериментальные исследования подтверждают, что Глиатилин увеличивает толерантность нейронов к ишемическому воздействию. Нейропротективная эффективность Глиатилина, в большей степени, наблюдается в коре больших полушарий и в мозжечке, что может объясняться тропностью препарата к холинергическим структурам в нервной системе.

Схема лечения Глиатином:

Острейший период ишемического инсульта (1–5 сут.):

– в случае необходимости поддержания спонтанных витальных функций при глубоком нарушении сознания в дозе 2 г/сут. внутривенно (внутримышечно) с интервалом 6 часов в период бодрствования;

– в дозе 3–4 г равномерно в течение 1 суток.

Период раннего восстановления и реабилитации:

в дозе 400–1200 мг/сут. внутрь, курс 6–8 недель.

Комплексная адекватная реабилитация инсультных больных играет главную роль в снижении последствий заболевания, а в остром периоде она способна уменьшить риск развития смертельных осложнений. На всех этапах лечения используются возможности массажа, ЛФК, иглорефлексотерапии, психотерапии, физиотерапии (бальнео-, лазеро-, электролечение), приборов «Биологической обратной связи».

Более подробную информацию о препарате Глиатилин можно получить в Представительствах компании «Си Эс Си» Лтд: Москва, тел.: (095) 324 7636, факс: (095) 324 5508; С-Петербург тел.: (812) 444 0143; факс: (812) 444 2036.



ЛЕК



В условиях современной жизни, когда стресс становится привычным состоянием взрослого населения, как никогда остро встает вопрос о профилактике и ранней терапии стрессовых состояний.

Персен – препарат растительного происхождения, обладающий выраженным седативным действием и рекомендуемый как средство первого выбора при слабых психо-эмоциональных расстройствах и в период стрессовых ситуаций.

1 таблетка Персен содержит 50 мг экстракта корня валерианы (*Radix Valerianaе*), 25 мг экстракта мяты перечной (*Mentha Piperita*) и 25 мг экстракта Melissa (*Melissa Officinalis*).

1 капсула Персен форте содержит 125 мг экстракта корня валерианы, 25 мг экстракта мяты перечной и 25 мг экстракта Melissa.

Биологическая активность препарата определяется содержащимися в валериане валепотриатами и сесквитерпенами, а также эфирными маслами мяты и Melissa, основным компонентом которых является ментол.

ПЕРСЕН

Перечисленные физиологически активные вещества оказывают седативное воздействие на ЦНС, регулируют сердечную деятельность, обладают спазмолитическими свойствами и улучшают секреторную активность желудочно-кишечного тракта.

Персен показан при легких формах неврастении и психастении, неврозах сердечно-сосудистой системы и вегетоневрозах; как препарат выбора в стрессовых ситуациях и при бессоннице, вызванной перевозбуждением.

Персен назначается взрослым по 1 капсуле 3 раза в день, при бессоннице по 1 капсуле за час до сна; детям старшего возраста по 1 таблетке 2–3 раза в день; при бессоннице по 1 таблетке за час до сна.

В отличие от синтетических седатиков Персен, назначаемый в указанных дозировках, не вызывает замедления реакции у водителей. Препарат также не вызывает привыкания.

Деприм – новый препарат растительного происхождения, предназначен для лечения депрессивных расстройств населения на уровне т. н. «первичного звена» – поликлиник широкого профиля. Не секрет,

что в настоящее время депрессия является одной из причин снижения трудоспособности населения во всем мире. Зачастую депрессия протекает в скрытой форме, проходя под маской каких-либо соматических заболеваний, и в этом случае больной обращается в первую очередь к терапевту. В этой ситуации назначение Деприма может оказать действительную помощь пациенту.

1 таблетка Деприма содержит стандартизованный экстракт зверобоя (*Extr. Hyperici herba*) с 0,3 мг чистого гиперицина. Гиперицин, как доказано в последние годы, способен ингибировать моноаминоксидазу и оказывать влияние на медиаторы ЦНС (серотонин, допамин, норадреналин).

Деприм обладает психостимулирующим действием; улучшает настроение, уменьшает чувство страха и напряжения. Нормализует сон и аппетит, повышает психическую и двигательную активность, работоспособность, способность к концентрации внимания.

Препарат показан при легких формах депрессий (тревожные состояния, подавленность, психическая

ДЕПРИМ

и физическая астения); при психоэмоциональных расстройствах в период менопаузы; при повышенной чувствительности к изменению погодных условий.

Деприм повышает чувствительность кожи к ультрафиолетовому облучению, поэтому в период приема препарата не рекомендуется загорать на солнце или в солярии. По этой же причине препарат противопоказан лицам, имеющим фотосенсибилизацию.

Деприм назначается взрослым по 1 таблетке 3 раза в день, детям старше 7 лет по 1 таблетке 1–2 раза в день в первой половине дня. Таблетки принимаются до еды.

Препарат необходимо принимать регулярно в течение не менее двух недель. Отпускается без рецепта.

Более подробную информацию о препаратах можно получить в Представительстве фармацевтического завода ЛЕК (Люблина, Словения) по тел.:

(095) 195 6414, 195 6678, факс: (095) 234 1713.



СОЛВЕЙ ФАРМА



ИРС-19 – лизаты антигенов бактерий. При распылении образуется микродисперсный аэрозоль, который покрывает слизистую оболочку носа и быстро проникает в нее.

Показания: профилактика заболеваний верхних дыхательных путей, насморк, нисходящий ринобронхит, инфекции полости носа, аденоидит, синусит, ангина, тонзиллит, фарингит, ринофарингит, ларингит, бронхит, отит, осложнения при заболеваниях гриппом. Препарат применяют также для пре- и постмедикации при хирургических вмешательствах в области уха,

горла и носа, осложнениях при гриппе и других вирусных инфекциях.

Средняя терапевтическая доза: в зависимости от возраста назначают ежедневно по 2–5 доз в каждую половину носа, вплоть до исчезновения признаков инфекции. Одна доза равна одному короткому нажатию пульверизатора.

Профилактика: с наступлением зимнего периода и

при хронических заболеваниях 2–3 раза в год 2 дозы в день в каждую половину носа в течение двух недель.

Упаковка: 20 мл антигенного раствора (60 доз) в аэрозольной упаковке.

Более подробная информация о препарате и возможности его приобретения в Представительстве фирмы Солвей: 121019, Москва, Хлебный пер-к, 19 А; тел.: 795 0956, 795 0959.

ИРС-19

ПРЕПАРАТЫ КОМПАНИИ «ОРГАНОН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ

Ремерон (миртазапин). Принцип действия этого препарата отличается от всех известных антидепрессантов (ТЦА, ИОЗС, ингибиторы моноаминоксидазы – ИМАО). Ремерон повышает норадренергическую и серотонинергическую нейротрансмиссию, блокируя центральные α_2 -ауто- и гетерадренорецепторы. При этом серотонин стимулирует только рецепторы типа 5-НТ₁, тогда как рецепторы 5-НТ₂ и 5-НТ₃ блокируются Ремероном. Таким образом, Ремерон правильнее всего определить как *Норадренергический и Специфический Серотонинергический Антидепрессант (НаССА)*.

Клинический эффект трициклических антидепрессантов (ТЦА) является результатом их неизбирательного взаимодействия с норадренергической (НА) и серотонинергической (5-НТ) нейротрансмиттерными системами.

Влияние этих антидепрессантов на другие нейротрансмиттерные системы (холинергическую, гистаминергическую) приводит к появлению многочисленных клинически значимых побочных эффектов. Селективное, но неспецифическое для определенного подтипа рецепторов, действие ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС) не приводит к повышению эффективности, особенно при терапии пациентов с тяжелыми депрессиями. Несмотря на то, что безопасность при передозировке у препаратов этой группы значительно выше, наблюдаются случаи разнообразных, клинически значимых центральных и периферических побочных эффектов.

Нейробиологические и нейроанатомические исследования позволяют все с большей

уверенностью оценить важность изменения в функционировании норадренергической и серотонинергической систем для успешной терапии депрессии. Новые антидепрессанты нацелены на сочетанное воздействие на норадренергическую и серотонинергическую нейротрансмиттерные системы, как основу эффективности, а также на «рецепторно-специфическое» действие, улучшающее переносимость. В результате длительных исследований, проведенных компанией «Органон», был разработан антидепрессант Ремерон (миртазапин), сочетающий высокую клиническую эффективность с хорошей переносимостью. Он ослабляет выраженность таких симптомов, как ангедония, психомоторная заторможенность, нарушения сна, суицидальные мысли, колебания настроения, потеря интереса к жизни.

Максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается через 2 часа, равновесная концентрация – через 3–4 дня постоянного приема. Выводится миртазапин почками и через кишечник, период полувыведения – 20–40 часов.

Показания. Клинические испытания Ремерона показали его высокую эффективность при краткосрочной и длительной терапии стационарных и амбулаторных больных с тяжелыми депрессиями и депрессиями средней тяжести. Благодаря специфическому связыванию с рецепторами у Ремерона фактически отсутствуют антихолинергические, антиадренергические и серотонинергические (типичные для ИОЗС) побочные эффекты. Дополнительные анксиолитические и гипнотические свойства препарата, проявляющиеся при терапии пациентов с

депрессией, объясняются блокадой 5-НТ₂, 5-НТ₃ и косвенной стимуляции 5-НТ рецепторов. Лечение следует начинать с 15 мг ежедневно. Эффективная суточная доза обычно составляет 15–45 мг. Стандартная суточная доза – 30 мг. Назначается преимущественно однократно перед сном.

Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату.

Препарат не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО или в течение двух недель после их отмены. С осторожностью его назначают больным с эпилепсией и органическими поражениями мозга, с нарушениями функции печени и почек, АД, стенокардией или недавно перенесенным инфарктом, а также больным с острой закрытоугольной глаукомой и повышенным внутриглазным давлением, с сахарным диабетом.

У пожилых пациентов увеличение дозы препарата следует проводить постепенно и при тщательном врачебном наблюдении.

Леривон (миансерин гидрохлорид) – антидепрессант с седативным эффектом. По антидепрессивной активности его эффективность сопоставима с другими современными препаратами этой группы, а отличительной особенностью является анксиолитическое действие и позитивное влияние на сон.

Леривон хорошо абсорбируется из ЖКТ после приема внутрь, его максимальная концентрация достигается через 2–3 часа. Период полувыведения составляет в среднем 32 часа, что позволяет достигать терапевтических концентраций при приеме препарата один раз в течение суток (на ночь). Выводится в основном с мочой и частично с желчью.

Леривон применяется в психиатрии и наркологии для лечения депрессивного синдрома различного генеза, требующего фармакотерапии, в том числе соматизированных депрессий, встречающихся в кардиологии, гастроэнтерологии и общетерапевтической практике.

Режим дозирования устанавливается индивидуально и корректируется в зависимости от реакции пациента. Для пожилых больных начальная суточная доза не должна превышать 30 мг. Такие пациенты, как правило, хорошо переносят Леривон: у них не развивается спутанность сознания.

Побочные действия: крайне редко – понижение АД, артралгии, отеки, судороги. Со стороны ЦНС встречается сонливость, в редких случаях у пациентов с биполярным течением заболевания возможно развитие гипоманиакального состояния.

Противопоказания: маниакальный синдром, выраженное нарушение функции печени.

Следует соблюдать обычную осторожность при назначении препарата больным с сахарным диабетом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почечной и печеночной недостаточностью. В то же время, благодаря отсутствию холинолитического действия, препарат можно применять у больных с аденомой предстательной железы, глаукомой, нарушениями функции ЖКТ.

Более подробную информацию о препаратах Леривон и Ремерон можно получить в Представительстве фирмы Органон в Москве по тел.: (095) 960 2897; факс: (095) 960 2896.



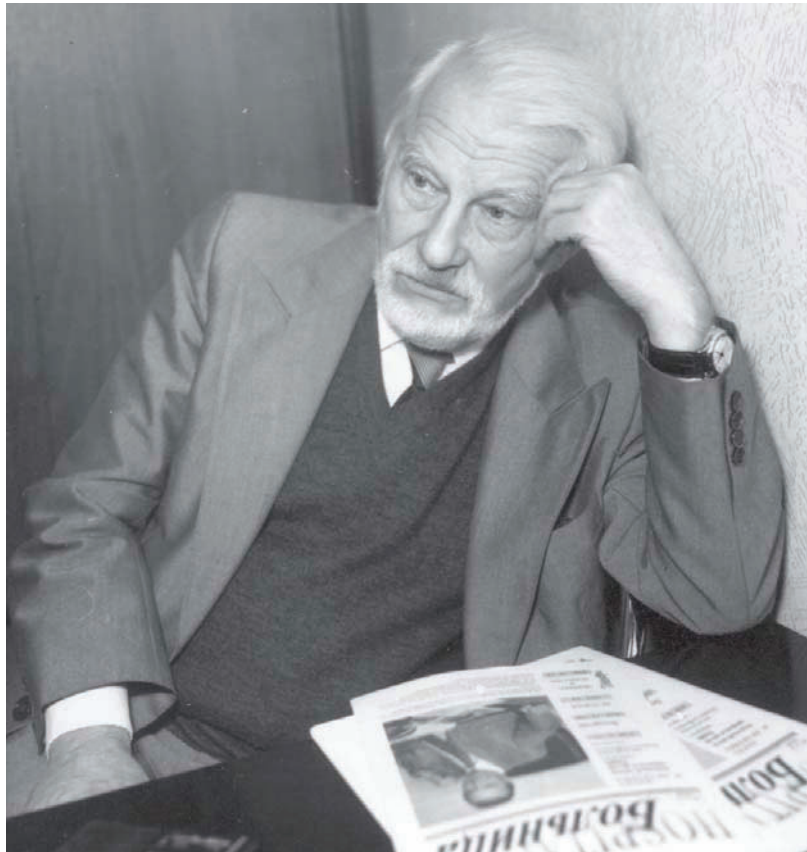


Два года назад у нашей газеты появился замечательный автор – профессор Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова Николай Борисович Коростелев. Он предложил серию

материалов о том, «что такое хорошо и что такое плохо» для нашего здоровья. В статьях под рубрикой «Не только лекарства» шла речь о благотворном влиянии на человека природы и искусства – живописи, музыки, театра. Написанные в жанре беседы, эти статьи оказались и интересными, и полезными, ведь в них, помимо массы поучительных примеров, было много простых, но весьма ценных советов.

Николай Борисович – гигиенист и историк медицины, культуролог и литератор, автор многих книг для детей и взрослых о природе и сохранении здоровья. Он много путешествовал, собирая этнографический и энтомологический материал. Именем Коростелева, кстати, назван жук, которого он впервые обнаружил – агапанция коростелеви.

Сейчас коллеги профессора, его многочисленные ученики готовятся к важному событию: в декабре Николаю Борисовичу исполняется 70 лет. В канун юбилея редакция благодарит своего друга и автора за внимание к газете, желает ему доброго здоровья и творческого долголетия. К поздравлению и пожеланиям, уверены, присоединятся и читатели газеты «Больница». Увлеченный, добрый и мудрый собеседник завоевал их сердца и, судя по откликам, они ждут новых встреч на страницах газеты. Мы рады, что наше сотрудничество продолжается.



Телевидение стало неотъемлемой частью нашей жизни. Оно заменило нам театр и кино, концертный зал и стадион. В иных квартирах голубой экран светится с раннего утра до поздней ночи. Часами не гаснет он и во многих медучреждениях. А раз это так, то, безусловно, сидение перед экраном оказывает существенное воздействие на здоровье человека – физическое (телесное), психическое, душевное и духовное.

Читатели уже ждут от меня грозных филиппик, направленных против телевидения. Они будут. Но не все так просто.

...Недавно мне пришлось лежать в больнице. Стояла чудесная сухая погода. Ежедневная 15-минутная процедура хотя и была болезненной, но не лишала удовольствия прогуляться по свежему воздуху. Я был «ходячий». Вот я и ходил, благо рядом находился прекрасный парк. Другие пациенты тоже прогуливаются по парку и больничному двору, сидят на лавочках.

– Отличная погода. Смотрите, все высыпали на свежий воздух, – обратился я к своему собеседнику. Тот посмотрел на часы:

– Сейчас всех как ветром сдует!

Я не очень-то понял смысл сказанного и уже был готов просить объяснения, но вдруг среди сидящих и гуляющих произошло какое-то движение и все плотной толпой направились к входу в корпус.

– Сейчас сериал начнется. Ну, я тоже пошел, – сказал мой сосед.

На улице остались несколько человек более молодого возраста. Мимо проходил мой знакомый врач. Остановился.

– А если телевизор сломается, – спросил я у него, – что произойдет?

– Все перейдут на другой этаж.

– А если и там произойдет поломка, – настаивал я.

– Такое уже случалось. Тогда все соберутся на одном этаже и будут смотреть передачу в духоте, стоя...

– Но ведь сейчас такая чудесная погода. Может быть, надо вообще отключить телевизоры?

– Будет бунт, – засмеялся врач. Да и лечебный эффект снизится.

Он оказался прав, мой знакомый доктор. Однако прежде чем оценить этот феномен, приведу еще один поразительный пример.

...В Сухуми, во время Грузинско-Абхазского конфликта, оказались нарушенными коммуникации – с водой и продовольствием возникли проблемы. Электричества тоже нет... И вот в эти дни на базарной площади можно было встретить небольшую группу людей – человек 7–8, внимательно слушающих рассказывающего что-то мужчину. Наконец он замолчал. Все ра-

зошлись. Но через некоторое время собралась новая группа людей. Каждый подходивший давал рассказчику немного денег и человек слово в слово повторял то, о чем уже поведал предыдущим людям.

Оказалось, что рассказчик имел в доме автономный источник электроэнергии, позволявший ему смотреть телевизор, по которому показывали очередной сериал (то ли американский, то ли мексиканский). И вот за чисто символическую плату он передавал содержание просмотренной серии заинтересованным людям. Оценим эту ситуацию с медицинской, вернее, с психологической точки зрения.

События, происходящие на экране, настолько захватывают зрителей, и они так сопереживают героям, что собственные (порой куда более серьезные) проблемы временно вытесняются из сознания. Они переключаются на оценку того или иного персонажа, начинают думать о том, как бы подсказать правильное решение положительному с их точки зрения герою. Интересно то, что даже подготовленные эстетически к восприятию сериалов не замечают порой скверную игру актеров, надуманность и фальшивость ситуации.

В целом позитивно можно оценить и развлекательные программы, выступления юмористов. Для зрителя – это

А теперь несколько слов о рекламе. Абсолютно уверен в том, что телереклама крайне негативно влияет на психическое здоровье человека. Неоднократно бывая за рубежом, я тоже видел телерекламу, причем в огромном количестве. Но вот заметьте, что рекламируют там, как правило, товары и услуги, доступные «среднему» европейцу, японцу, американцу. У нас же идет постоянная назойливая реклама дубленок (купить которые можно даже ночью!), импортных автомобилей и т. д. Давайте подумаем, многие ли в нашей стране, да и в самой Москве, столь нетипичной сегодня для России, смогут позволить себе купить хоть что-то из рекламируемого ассортимента товаров? Я знаю государственную зарплату медперсонала, педагогов, музейных работников, сотрудников библиотек, воспитателей детских садов. При всем своем страстном желании купить что-то они этого сделать не могут – не на что! Недоступность рекламируемых товаров вызывает неудовлетворенность, обиду, стресс.

Поскольку тема – телевидение и здоровье исключительно важная, то мне не обойтись без рецептов, пусть они и покажутся вам очень простыми. Если вы ими уже пользуетесь, хорошо. Если нет, то, прочитав мои советы, может быть, решите воспользоваться.

Начнем с детей. Гигиенисты рекомендуют им смотреть не более двух передач по два часа, плюс вечерняя сказка для самых маленьких. Используйте прием «договоров» с ребенком. Обсудите заранее, какие передачи ребенок будет смотреть, и отметьте их особым значком (или цветным фломастером) в программе.

Следующий совет. Расстояние до телеэкрана должно быть 2–2,5 м, но не более 5 м. Желательно, чтобы экран находился на уровне глаз, а изображение было четким и ясным. Слева от стула (кресла, дивана), где вы сидите, должен находиться неяркий источник света (настольная лампа, бра, торшер).

После длительного просмотра телепередач сделайте элементарную «зарядку» для глаз: подойдите к окну и посмотрите вдаль, на небо или быстро поморгайте, или крепко-крепко зажмурьте глаза, а потом какое-то время спокойно посидите, не сосредоточивая взгляд на каком-либо предмете.

Закончив просмотр, не ложитесь сразу в постель. Походите немного по квартире. Постарайтесь так спланировать свое время, чтобы его хватало и на телевизор, и на прогулку, и на чтение, и на поход в театр.

Если среди ваших родственников или друзей-знакомых есть пожилой одинокий человек, найдите возможность подарить ему телевизор.

Не ворчите, когда в рекреации больницы работает телевизор – для очень многих людей он стал необходимостью.

К сожалению, по телевизору все чаще приходится слышать неграмотную речь комментаторов, ведущих, приглашенных на интервью людей. Меньше внимания стали уделять также профессиональной дикции дикторов. Поэтому я стараюсь смотреть его реже. Только когда действительно идет что-то стоящее и очень мне близкое, заранее отвожу время на просмотр, стараясь выполнять одновременно с ним какую-либо несложную механическую работу. Очень люблю наши сериалы, особенно «Место встречи изменить нельзя». Во-первых, потому, что в нем собран «звездный» ансамбль артистов. Во-вторых, много прекрасно узнаваемых деталей, связанных с ушедшим временем, в котором я жил и очень хорошо его помню. В-третьих, я слышу чистый русский язык – без пошлости, вывертов, «прищепываний» и других дефектов речи. На этом языке говорят даже бандиты.

ДОБРО И ЗЛО ГОЛУБОГО ЭКРАНА

БЕСЕДА ВОСЬМАЯ

хорошая эмоциональная разрядка. Давно подмечено положительное влияние на людей передач о путешествиях, о животных, о растениях. Очень хорошее воздействие оказывают на состояние людей, на их духовный настрой трансляции церковных служб в особо торжественные дни.

Однако обратимся к негативным факторам, пагубно влияющим на здоровье большинства людей и непосредственно связанным с длительным сидением перед экраном.

Первая группа – отрицательное влияние на психическое, душевное и духовное здоровье. Вторая связана с ухудшением физического здоровья.

Сначала об очевидном. Постоянный показ насилия, поток, страданий, а также эротических (и явно порнографических) сцен очень вреден для психики не только детской, но и взрослой аудитории. Накоплено немало исследований, подтверждающих это наблюдение. И у детей, и у взрослых часто нарушается сон, появляются неврозы, а то и более серьезные заболевания.

Взрослая аудитория увлекается остросюжетными фильмами, зарубежными боевиками. Но у западных фильмов этого жанра есть хоть какие-то «преимущества» – бездарная игра актеров и перегруженность событиями настраивают зрителей на то, что все это несерьезно, понарошку. У этих «произведений» всегда есть счастливое завершение сюжета – «хэппи-энд». Воров, грабителей, насильников, гангстеров обязательно ловят и наказывают.

В отечественной продукции этого жанра одного честного милиционера убивают, другого «сажают на иглу», третьего убивают жену, четвертого бросают под откос или на рельсы, взрывают. Это рождает чувство страшной безысходности. Принес как-то внук видеофильм «Брат». Я выбрал время, посмотрел. Фильм произвел тягостное впечатление именно благодаря своей талантливости. Получается, что у нас человека убить – что муху прихлопнуть; унижить – да пара пустяков; отнять последнее – в порядке вещей. Выход-то какой? Тупииковый.

Проф. Н. Коростелев

ИЗДАТЕЛЬСТВО



Редакция газеты «Больница» и издательство «Пульс» готовы помочь лечебным учреждениям, медицинским центрам и НИИ в подготовке и выпуске печатной продукции:

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов

**Контактный тел./факс
465 4854, 399 8493.**

УНИКАЛЬНЫЙ АТЛАС

Издан «Атлас по вирусным, хламидийным заболеваниям гениталий и цитопатологии», включающий в себя данные клинических и лабораторных исследований, полученные с помощью световой, иммуно-флуоресцентной и электронной микроскопии. В России и за рубежом аналогов этому изданию нет. Авторы: проф. В. И. Козлова и проф. А. Ф. Пухнер.

Атлас предназначен для врачей различного профиля: акушеров и гинекологов, урологов, дерматовенерологов, вирусологов, инфекционистов, врачей-лаборантов, а также для ординаторов, аспирантов и преподавателей медицинских ВУЗов.

**Желающие приобрести Атлас с автографами авторов и значительной скидкой, могут позвонить по тел.:
(095) 936 6458.**

ЛГТ (ЕУ) ЛТД ЛОНДОН-МАРКЕТИНГ ЦЕНТР МОСКВА и АО СОВИНЦЕНТР МОСКВА
имеют честь пригласить Вас на



**МЕЖДУНАРОДНУЮ
КОНФЕРЕНЦИЮ
И ВЫСТАВКУ
ДОСТИЖЕНИЙ
В ОБЛАСТИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ,
РЕКОНСТРУКТИВНОЙ
И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

**5–7 февраля 2000 года
СОВИНЦЕНТР МОСКВА**

Официальные спонсоры

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПЛАСТИЧЕСКИХ,
РЕКОНСТРУКТИВНЫХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ,
РОССИЯ**

**COSMOPOLITAN
ЖЕНСКИЙ ЖУРНАЛ №1 В МИРЕ
РОССИЙСКОЕ ИЗДАНИЕ**

Ожидается 600 российских и 500 иностранных участников. Конференция состоится в Конгрессном центре Совинцентр, одном из ведущих конгрессных и выставочных комплексов в центре Москвы.

Организатор **LGTEU**
LIMITED

LGТ (ЕU) Ltd-Marketing Center Moscow
Tel. (7095) 258 1863 Fax (7095) 258 1864

**Письмо фирм «Лейка Москва»/«SMT Geraetehandel GmbH»
от июля месяца 1998 года**

Фирма «Leica Microsystems Wetzlar GmbH», Ернст-Лейтц-Улица 17-37, D-35578 Ветцлар, Германия, хотела бы по отношению к получателям письма от фирмы «SMT Geraetehandel GmbH», Германия, которое было отправлено различным предприятиям, занятым в сфере экономики в России, озаглавлено штампом отправителя «Лейка Москва», и которое свидетельствовало о том, что представительство фирмы «Лейка Москва» переехало и в настоящее время находится по адресу: 125047, Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д.16, пояснить следующее: Фирма «SMT Geraetehandel GmbH» никогда не была уполномочена и не имеет таких полномочий выступать под именем фирмы «Лейка Москва» или же вести деятельность от имени и для концерна «Leica» и его обществ.

Представительство концерна «Leica» в Москве не переехало и находится как прежде по адресу: «Leica Microsystems Wetzlar GmbH», 1-й Красносельский пер., 7/9, корп. 4, 2 эт., 107104, Москва, Россия, тел. 264 8174, 264 1683, 264 8183, факс 975 2007, e-mail: Leicam@dol.ru.

Для дальнейших справок обращайтесь на фирму «Leica» в Москве, к господину А. Аксакалову или господину Д. Лаврову.

HOSPITAL
Больница

тел./факс: **465 4854**

www.hospital.da.ru;

E-mail – hospital@dataforce.net

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ. Индекс по каталогу "Роспечати" **32608.**

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

Стоимость подписки в этом случае будет значительно меньше. Представители медицинских учреждений могут получить газету в редакции бесплатно.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издаётся с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ**