

# ГОСПИТАЛ

# БОЛЬНИЦА

*NE CEDE MALIS*  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 12  
2002

## НАУКА И ПРАКТИКА

Государственный  
научный центр  
социальной  
и судебной  
психиатрии имени  
В. П. Сербского

*Помощь при  
чрезвычайных  
ситуациях*

*Психические  
расстройства  
в общемедицинской  
практике*

*Судебно-  
психиатрическая  
экспертиза*

СТР. 3–10

## ЛЕКАРСТВА

фармакотерапия  
психических  
расстройств

СТР. 11–15



*Глеб Владимирович Певцов: «Всегда, возвращаясь после работы, думаю, что благодаря своим родителям (они оба врачи) правильно выбрал профессию и что очень люблю свою работу». Стр. 6.*

## С НОВЫМ ГОДОМ!

*Не жалею никогда, что уходят года:  
Так законом природы положено.  
Лишь бы только душа молодая была,  
Да здоровье чтоб было хорошее.*

*Если горе — крепись, если больно — не плачь.  
Вспомни дни молодые пригожие.  
Пусть улыбка твое озаряет лицо,  
В жизни будет пусть только хорошее.*

*А когда над тобой пролетят журавли  
И виски будут все запорошены,  
Радость жизни храни, пусть не гаснут огни.  
Пусть в душе будет только хорошее.*

*Пучкова Галина Васильевна  
Мед. лаборант РКБ № 2 МЗ РФ*



## СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО!

Маленьких пациентов и врачей отделения онкогематологии Морозовской детской городской клинической больницы пришли поздравить с Новым Годом и Рождеством Дед Мороз и Снегурочка. Проведение Рождественской благотворительной акции — еще один этап программы содействия детскому здравоохранению «Мир без слез». В центре ее внимания — дети, страдающие онкологическими заболеваниями. Проблема их лечения и реабилитации крайне актуальна для современной России. Трех тысячам детей ежегодно ставится диагноз «онкозаболевание», из них тысяче — «острый лейкоз». Современная медицина позволяет излечить от 70 до 90% таких больных.

Практически во всем мире этот раздел медицины считается одним из самых дорогих и финансируется государством лишь частично. Общественная практика такова, что значительная часть (80%) средств поступает в виде благотворительной помощи.

В последние годы становится абсолютно очевидно, что представители социально ответственного бизнеса в России способны оказывать существенную финансовую помощь отечественному здравоохранению. Пример тому — благотворительная деятельность Внешэкономбанка, который с 1999 г. самостоятельно реализует долгосрочную программу содействия детскому здравоохранению «Мир без слез». Коллектив отделен-

ия онкогематологии Морозовской детской больницы по праву считает Внешэкономбанк своим надежным другом. За пять лет в рамках Программы «Мир без слез» осуществлено финансирование операции по неродственной трансплантации костного мозга, организован и проведен Пушкинский праздник для маленьких пациентов отделения. Осенью 2002 г., в канун 40-летия отделения, Внешэкономбанк оказал ему финансовую помощь в сумме 40 тысяч долларов США.

Новогодний праздник для детей, которые месяцами не покидают больницы важное событие. Все пациенты отделения и медицинский персонал получили от Деда Мороза и Снегурочки подарки. Кроме того, в рамках Рождественской благотворительной акции Внешэкономбанк оказал отделению детской онкогематологии финансовую помощь в сумме 35 тыс. долларов США. Полученные средства пойдут на приобретение медикаментов.

Организаторы мероприятия преследовали цель привлечь к проблемам детской онкогематологии в России широкие круги общественности, в первую очередь, представителей СМИ и социально ответственного бизнеса, конкретные действия которых способны заметно изменить ситуацию. Девиз Внешэкономбанка — «Будущее начинается сегодня». Каким оно будет у наших детей, зависит от каждого из нас.



**Первая московская ассамблея  
«Здоровье столицы»**



15–16 декабря 2002 года прошла Первая московская ассамблея «Здоровье столицы». Она состоялась в соответствии с распоряжением первого заместителя Мэра Москвы в Правительстве Москвы Л. И. Швецевой, которая и приветствовала ее участников.

Целью Ассамблеи было повышение престижа московского здравоохранения, расширение рамок внедрения новейших технологий в практику его работы, укрепление контактов между ведущими специалистами российских регионов. В рамках ассамблеи прошли конференции, семинары, «школы» по актуальным проблемам медицины и фармации, реализации программ в области охраны народного здоровья и лекарственного обеспечения, законодательной базы, новых стандартов и технологий.

В мероприятиях приняли участие свыше трех тысяч руководителей и специалистов медицинских и аптечных учреждений Москвы, около полутора тысяч руководителей стационарных ЛПУ, НПЦ, КДЦ, хирургов, кардиологов, гастроэнтерологов и других специалистов.

Организаторы надеются, что Московская Ассамблея «Здоровье столицы» станет традиционной.



## ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ ИМ. В. П. СЕРБСКОГО

**Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского основан в 1921 году. В течение более чем 80 лет существования неизменной остается основная направленность деятельности Центра – разработка научных основ социальной и судебной психиатрии и проведение наиболее сложных судебно-психиатрических экспертиз. В настоящее время в Центре работают более 700 сотрудников, в числе которых два академика и один член-корреспондент РАМН, 41 доктор медицинских наук и 86 кандидатов медицинских наук. Здесь изучаются проблемы клинической и биологической психиатрии, вопросы реактивных состояний и посттравматических стрессовых**

**расстройств, нарушений личности, депрессий, травматических поражений головного мозга, алкоголизма и наркомании.**

**С 1990 года Центр им. Сербского возглавляет академик РАМН Т. Б. Дмитриева. В декабре у Татьяны Борисовны день рождения. От всего сердца поздравляем ее, желаем здоровья, больших успехов в научной и общественной деятельности. Т. Б. Дмитриева очень много сделала для развития народного здравоохранения, но энергия, самоотверженность, огромная преданность делу, которому она служит, дают основание верить, что главные победы у нее еще впереди.**

**О проблемах, которые сегодня находятся в центре внимания психиатров России, нам расскажут ведущие специалисты Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Первое слово – заслуженному деятелю науки РФ, Лауреату Государственной премии, доктору медицинских наук, профессору Юрию Анатольевичу Александровскому.**

**– Юрий Анатольевич, социально-экономические и политические катаклизмы не прошли для нашей страны даром, поэтому не удивительно внимание общественности к вопросам социальной психиатрии. Наверное, в научную деятельность центра это тоже внесло существенные поправки?**

– Среди основных направлений работы Центра им. Сербского в настоящее время приоритет отдается проблемам, имеющим важное социальное значение. Назову лишь некоторые из них.

Изучение психического здоровья в кризисные периоды развития общества, в том числе многофакторное изучение динамики показателей в группах повышенного риска у жителей регионов, пострадавших во время стихийных бедствий и катастроф, участников локальных войн, вынужденных переселенцев, безработных, «детей улиц», рабочих промышленных предприятий с вредными условиями труда. Цель этих исследований – разработка профилактических, лечебных и реабилитационных мер.

Анализ современных проблем экологической психиатрии, в том числе изучение патогенетических механизмов экологически неблагоприятного влияния на психическое здо-

ровье и поиск средств и методов профилактики и терапии экологически обусловленных психических расстройств.

Разработка клинических и организационных вопросов пограничной психиатрии, в том числе изучение средств и методов профилактики, лечения и реабилитации больных с невротическими и соматоформными расстройствами.

Изучение основ и разработка организационных мероприятий по созданию системы социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения, в частности – вопросов профилактики безнадзорности и криминального поведения; разработка дифференцированных программ помощи детям, находящимся в особо трудных условиях жизни и новых форм и методов коррекции поведения у подростков-правонарушителей в воспитательных колониях.

Центр им. Сербского традиционно занимается вопросами диагностики и лечения психических расстройств у больных с соматической патологией. С 2001 года большое значение уделяется нейробиологической дистонии, являющейся одним из наиболее частых проявлений различных соматических заболеваний.

**– Спектр изучаемых проблем обширный, а что можно сказать о результатах ваших исследований?**

– К числу основных результатов работы Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в 2002 году можно отнести следующие.

Впервые проведен анализ психического состояния лиц, обвиняемых в терроризме, послуживший основанием для подготовки ряда методических рекомендаций.

Разработана система оказания медико-психологической и психиатрической помощи людям, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях. Созданы новые лечебно-реабилитационные программы для больных с невротическими и соматоформными расстройствами, в том числе у пострадавших при техногенных авариях и катастрофах.

Завершена разработка критериев назначения и отмены амбулаторного принудительного лечения лицам с тяжелыми психическими расстройствами, совершившим общественно опасные деяния и подлежащим освобождению от уголовной ответственности.

Подготовлены лечебно-реабилитационные программы для различных групп больных, направленных на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение с учетом совокуп-



ности имеющихся у них психических расстройств, психопатологических механизмов совершения общественно опасных действий и сопутствующих социальных факторов.

Много внимания было уделено изучению нейрофизиологических и психофизиологических механизмов развития эмоционально-стрессовых реакций. С учетом полученных результатов намечены перспективные направления поиска новых эффективных средств и методов лечения больных с пограничными состояниями. Например, проведение ряд экспериментальных и клинико-терапев-

тических исследований, показавших возможность применения иммуотропных препаратов для лечения больных с пограничными психическими расстройствами. Обоснованы возможности применения современных антидепрессантов для комплексного лечения больных с болевыми синдромами.

Очень интересная работа – выявление корреляционных взаимосвязей между типом реагирования и некоторыми нейрхимическими параметрами у участников дорожно-транспортных происшествий. Ее практическое значение трудно переоценить.

Пожалуй, одной из самых важных организационных проблем было обоснование необходимости и подготовка Приказа Минздрава России о введении субспециальности «судебно-психиатрический эксперт». По этой специальности, требующей дополнительной подготовки специалистов, разработаны необходимые учебные программы.

И, наконец, результат, как говорится, вполне осязаемый – издание фундаментального исследования «Агрессия и психическое здоровье».

## ЦЕНТР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

*Отдел неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях был создан в 1993 году, но медико-психиатрическую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях сотрудники ГНЦ им. В. П. Сербского стали оказывать значительно раньше. Первый серьезный опыт они получили во время землетрясения в Армении. Затем работали с пострадавшими во время аварии на Чернобыльской АЭС, в том числе и с ликвидаторами ее последствий. В дальнейшем практические во всех серьезных чрезвычайных происшествиях сотрудники отдела работали рука об руку со службами МЧС. Из отдела вырос научно-методический Центр психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях.*

*О работе Центра рассказывает его руководитель – Зураб Ильич Кекелидзе, заместитель директора ГНЦ им. В. П. Сербского по учебной работе, доктор медицинских наук, профессор.*

– Центр психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях является головной федеральной структурой по психиатрии ЧС. Мы разрабатываем методические рекомендации, пособия для врачей по психиатрии ЧС, проводим симпозиумы, конференции, издаем различную литературу.

В структуре центра есть отделение неотложной психологической и психиатрической помощи при ЧС, решающее чисто практические задачи. Оно состоит из четырех подразделений. Во-первых, это «горячая линия» – **круглосуточная анонимная бесплатная помощь по телефону 201 7070**. Когда у человека происходит событие, выходящее за рамки его каждодневного опыта и которое с психологической точки зрения вызвало стресс, он может набирать этот номер. Для одного чрезвычайная ситуация – болезнь или гибель кого-то из близких, а для другого ЧП – смерть любимой кошки, ведь никого больше у него нет, и это воспринимается как трагедия. Мы считаем, что любой человек, если он свою ситуацию считает чрезвычайной, вправе сюда позвонить. Здесь могут посоветовать что делать,

как делать, но решение человек всегда принимает сам.

У нас существует также амбулаторный прием – небольшое врачебное отделение, где человек может провести некоторое время – прийти только на ночь, если в эти часы его мучают кошмарные сновидения, тревога, страх и он боится оставаться один. Или же, наоборот, прийти в так называемый дневной стационар, если аналогичные проблемы появляются в светлое время суток. Пациент приходит утром, получает необходимые процедуры, а на ночь возвращается домой. Действует и стационар выходного дня, потому что очень часто конфликтные ситуации случаются именно в субботу и воскресенье.

И, наконец, четвертое подразделение – «скорая помощь». Она не для вызовов при выраженном психомоторном возбуждении личности, страдающей психическим заболеванием – этим занимается другая служба. Эта служба действует в тех случаях, когда возникает какая-то чрезвычайная ситуация и человек или группа людей нуждаются в помощи. Все виды помощи работают круглосуточно.



**– С чем люди обращаются к вам наиболее часто?**

– Поводы совершенно различны. В семье что-то не так, кто-то заболел, кто-то загулял, у кого-то какие-то расстройства, мысли в голове – жениться, разводиться. Кто-то совет хочет получить. Многие после звонков приходят к нам на амбулаторный прием и в стационар выходного дня.

Звонили во время захвата заложников на мюзикле «Норд-Ост». Родственники заложников хотели узнать, в какие клиники попали их близкие, звонили те, кого на профессиональном языке называют «вторичными жертвами» – это люди, узнавшие о событии из СМИ. Несколько дней спустя, начали звонить и сами пострадавшие.

После трех-четырех суток, проведенных в больницах, все заложники рвались домой и их, если не было какой-либо явной соматической патологии, никто особо не удерживал. Это принципиально неверно, потому что в стрессовом состоянии люди не ощущают каких-то расстройств и считают, что им надо скорее «убежать» от болезни – потом там станет легче. А дома легче не становилось,

и через два-три дня они возвращались в клинику долечиваться.

**– *Чрезвычайные ситуации в жизни человека были, есть и будут. Меняется ли его реакция на них? Есть ли разница в психическом состоянии пациентов, пострадавших от стихийных бедствий или от злой воли других людей?***

– Структура реагирования на ЧС с годами, в общем-то, не меняется. Представьте себе – ежегодно химики синтезируют до 3–4 тысяч новых веществ, которые могут послужить отравляющими веществами для человека. Но 3–4 тысячи реакций на них у человека быть не может. Существует 8–10 типов реагирования. К примеру, смерть от поражения дыхательной или сердечно-сосудистой систем. Основные системы реагируют на отравление одинаково. Реакции будут меняться, только когда человек сам изменится. То же самое и в психиатрии.

При чрезвычайных ситуациях летальность от психических потрясений невысока, но на стрессы явно реагируют где-то 70% людей, остальные в меньшей степени. А у 30% из этих 70 наступает так называемое посттравматическое стрессовое расстройство. А это не только апатия, плохое настроение, но и снижение общего функционирования личности. Только нарушения сна бывают нескольких видов: одному человеку приходят самые разнообразные мысли о ЧС – в голове как бы прокручивается пластинка, и он не может уснуть, другого мучают ночные кошмары, третий без всяких видимых причин просыпается в 5–6 утра и не может заснуть из-за чувства тревоги. В течение дня у людей, перенесших стресс, появляется раздражительность, конфликтность, иногда – агрессивность, ухудшается память. Впрочем, на самом деле это не нарушение памяти, а затруднение концентрации внимания, которое воспринимается личностью как нарушение

памяти. Снижается аппетит, в ряде случаев человек может похудеть, одновременно с этим или чуть позже могут начаться физические (соматические) заболевания – гипертоническая болезнь, астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, холонгиты, колиты и т. д.

Что же касается разницы реакций на природные и антропогенные ЧС, то она действительно существует. В первую очередь реакция по-разному может проявиться. Мы всегда инструктируем и предупреждаем врачей и спасателей, что люди, попавшие в антропогенную ЧС могут быть по отношению к ним агрессивны. За что такая неблагодарность? Пострадавшие отождествляют людей, пришедших к ним на помощь, с государственной машиной, которая, по их мнению, повинна в случившемся несчастье, и в самый первый момент могут проявить агрессию.

**– *Не всегда психиатры успевают к ЧС в числе первых. Как обыкновенным врачам или спасателям выделить тех, кто находится в стрессовом состоянии?***

– Без специальной подготовки сделать это достаточно сложно. Мы подготовили материалы по тематическому усовершенствованию по психиатрии ЧС. Такая подготовка будет полезна и для врачей общего профиля, и для психиатров, психологов, думаю, что и для спасателей тоже. Каждый, кто пройдет этот курс получит удостоверение установленного образца. Службы, эффективность работы которых опробована в нашем Центре, Минздрав предлагает открывать на местах – издан соответствующий Приказ.

**– *Использовался ли зарубежный опыт при разработках методик оказания психиатрической помощи при ЧС?***

– Мы внимательно следим за всеми зарубежными разработками, но, должно сказать, что опыта у нас намного больше. Я имею в виду наш Центр – и это признают все – и американцы, и европейцы. Пока ни одна страна в мире даже не мечтает со-

здать такую службу, какая сейчас создается у нас.

К сожалению, система медикаментозного обеспечения при ЧС с точки зрения психиатрии пока полностью не отработана. Конечно, мы знаем, какой препарат и когда нужно дать человеку. Но пока это нельзя сделать повсеместным и общедоступным – потребуется очень много средств. Замечу только, что в СССР выпускались препараты, которые были достаточно дешевы, но сейчас в силу ряда причин перестали производиться. Думаю, что надо было бы восстановить их выпуск и, таким образом, максимально удешевить набор для пользования врача в эпицентре ЧС.

**– *На ваш взгляд, сегодня жить стало действительно тревожнее, чем десятилетие назад или это СМИ невольно нагнетают обстановку? Если последнее верно, то влияет ли это на психическое здоровье граждан?***

– Увеличение плотности населения, парниковый эффект и изменение климата, внедрение новых технологий, политические катаклизмы – увеличивают риск возникновения ЧС. И эти факторы приводят к трагедиям не только у нас в стране, но и во всем мире. Человечество, к сожалению, ничего не может этому противопоставить. Поэтому надо стараться всеми силами уменьшать воздействие ЧС на людей. Задача СМИ – информировать и привлекать внимание к ЧС. Но при этом надо учитывать, что «горячая» информация воздействует на эмоциональную сферу человека, эмоции захлестывают, а порой и перехлестывают. Я далек от мысли, чтобы была какая-то цензура. Напротив – надо плотнее, нам в частности, работать с прессой. Чем больше журналисты будут знать о ЧС и об их последствиях, тем правильнее они будут освещать такие события. У журналиста должно сформироваться внутреннее понимание, что можно показывать и рассказывать, а что не следует, он должен щадить чувства своих читателей и зрителей.





– Наше подразделение создано совсем недавно. Так получилось, что свой первый выезд мы осуществили 24 октября, в 8 утра. Адрес вызова – улица Мельникова, Театральный центр на Дубровке.

На первом этапе нашей основной задачей была работа с родственниками пострадавших. Вы хорошо представляете, в каком они были состоянии – состоянии тревожного ожидания. Кроме того, нам была поручена координация действий психологов, педагогов и других специалистов. Оказывая помощь пострадавшему, было важно отличить невротическое состояние от психотической реакции. Многим была необходима и специализированная кардиологическая, терапевтическая помощь. То есть, важно было четкое взаимодействие специалистов. Мы благодарны всем нашим коллегам-врачам, с которыми мы работали в эти дни, и особенно признательны компании «Дельрус», которая не только оборудовала нашу машину, но и доставила нам прямо на место трагедии все необходимые препараты.

**– Вы знали, что будет штурм, были ли к нему готовы?**

– 25 октября, поздно вечером, на совещании специалистов всех служб по оказанию помощи пострадавшим заложникам и родственникам, нашу бригаду спросили: сможем

## В РЕЖИМЕ ПОВЫШЕННОЙ ГОТОВНОСТИ

**В составе Центра неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях ГНЦ им. В. П. Сербского работает особое подразделение – бригада скорой медико-психологической и психиатрической помощи. Специалисты этого подразделения оказывают помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.**

**Мы беседуем с руководителем выездной консультативной бригады, кандидатом медицинских наук Глебом Владимировичем Певцовым.**

ли мы справиться, если число обращений к нам возрастет в 10 раз? Тогда мы поняли, что штурм будет в ближайшее время – ночью или ранним утром. Мы предприняли все необходимые меры, чтобы успокоить людей. Надо сказать, что в помещении одновременно находились от 200 до 300 человек. С помощью психотерапии и медикаментов мы добились того, что к моменту штурма около половины родственников пострадавших находились в состоянии сна и просто пропустили самые острые, страшные моменты. В противном случае все могло быть гораздо печальнее.

**– В каком состоянии были ваши пациенты – родственники пострадавших? С чем вы столкнулись как специалист?**

– Многие мужчины пытались «снять стресс» классическим русским способом: находились в состоянии алкогольного опьянения, неадекватно оценивали обстановку. В связи с этим любое сообщение по телевизору, очередная информация из штаба иногда приводили к обмороку или кратковременному психомоторному возбуждению, истерическим реакциям, за которыми следовали попытки организовать митинг или прорваться за кольцо оцепления, предлагая себя в качестве заложников. Таких людей необходимо было вывести из общего зала, временно изолировать, чтобы они не «индуцировали» остальных.

С определенного момента родственники пострадавших стали группироваться, например, по месту жительства – Москва, Подмос-

ковье. Определились лидеры, которые пытались организовать остальных выйти на Красную площадь, провести митинг. Проявление эмоций активно «подогревалось» журналистами – они провоцировали людей на запись «ярких» интервью с апелляцией к власти. Представители СМИ, казалось, не понимали, что горькие слова с истериками, слезами, обвинениями звучат только в момент страшного потрясения. К счастью, не все эти материалы вышли в эфир из-за прямого запрета сотрудников штаба.

**– Что лично вы чувствовали, находясь в ситуации, которая для Вас тоже была чрезвычайной? Вам было страшно?**

– Нет, страха не было. Это была работа – трудная, но очень важная, необходимая. Вокруг нас были люди, которые нуждались в помощи, помощи экстренной и квалифицированной. А когда поздно вечером наша «скорая» ехала от театрального центра, кроме огромной усталости, было чувство неудовлетворения от того, что не всем пострадавшим мы смогли помочь. На следующий день сын, вернувшись из школы, сказал мне, что его учителя и одноклассники видели по телевизору нашу машину, меня, видели, как мы работали и что передают мне благодарность за помощь. Я рад, что мой сын гордится мной. А главное – всегда, возвращаясь после работы, я думаю, что благодаря своим родителям (они оба врачи) правильно выбрал профессию и что я очень люблю свою работу.







## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Отделение по диагностике и лечению психосоматических расстройств – структурное подразделение отдела пограничной психиатрии ГНЦ им. В. П. Сербского. Среди его практических задач – организация активной консультативной психиатрии в клиниках внутренних болезней. Работает отделение на базе клиники ММА им. Сеченова совместно с отделениями кардиологии, гастроэнтерологии, артрологии и общей терапии. О проблемах, которые стоят перед сотрудниками отделения рассказывает руководитель – Любовь Владимировна Ромасенко, доктор медицинских наук.**

– Мы проводим терапию тех расстройств, которые можно лечить в общей клинике. В дальнейшем часть этих больных наблюдаем амбулаторно. Наша научная задача – совершенствование методов выявления психической дезадаптации пациентов, подходы к их терапии, изучение психопатологии. Сейчас проводится широкомасштабное международное исследование по выявлению депрессивных расстройств в первичной медицинской практике, то есть в поликлинике. Наши сотрудники работают на базе московской поликлиники № 117.

Вообще, кабинеты психотерапии, кабинеты неврозов при территориальных поликлиниках уже регламентированы законом. Обязательны они и в районных диагностических центрах. Потребность в консультативной и лечебной помощи очень большая. По

данным зарубежных социологов, в амбулаторной практике около 50 процентов пациентов нуждаются в психотерапевтической консультации.

**– Всегда ли понимают значение этого направления в медицине ваши коллеги – врачи других специальностей?**

– Психиатрическая помощь развивается по пути сближения с общемедицинской практикой – с одной стороны, а с другой – хорошего врача-терапевта уже не удовлетворяет оценка только соматического состояния. Он понимает, какое влияние оказывает психика на телесные функции. От одной и той же болезни люди страдают совершенно по-разному.

Созданы специальные анкеты для того, чтобы врач общей практики, который лимитирован временем и не имеет специальных знаний, мог провести предварительный психиатрический скрининг. И если ему кажется, что с состоянием пациента он не справляется, и что дело не только в определенном соматическом заболевании (клиническая картина не соответствует объективным данным), он может больного направить на консультацию к психотерапевту.

**– В чем заключается основная опасность своевременно не выявленного психического расстройства?**

– Психические расстройства в общемедицинской практике можно условно разделить на две группы. Первая – те расстройства, которые появляются на фоне уже имеющихся соматических заболеваний. Они возникают как реакция личности на болезнь, формируя определенное к ней отношение. Есть даже такое понятие как «отношение к болезни», «внутренняя картина болезни». Оно может быть абсолютно правильным, рациональным, когда больной выполняет предписания врача, соблюдает режим. Бывает патологическое отношение к болезни, которое в свою очередь тоже делится на два синдрома. Первый – уход в болезнь, ипохондрическое к ней отношение, второй – уход от болезни, пренебрежение ей. Между этими двумя полюсами существует еще несколько различных синдромов, зависящих от личности пациента. Внутренняя картина болезни формируется у каждого человека и дело врача понять, как пациент относится к заболеванию и направить, повести его в рациональную сторону.

Иногда психологические переживания, которые человек испытывает, подвергаются саморазвитию и могут сформироваться в психосоматический син-



дром. На базисе основной болезни появляется надстройка в виде легких аффективных расстройств. Формируются очень сложные психологические комплексы, которые значительно усложняют течение соматической болезни, ее лечение. Уже совершенно точно известно, что у людей, перенесших инфаркт миокарда, с развившимися в связи с этим депрессивными реакциями, значительно хуже прогноз дальнейшего лечения ИБС. Точно также и с другими хроническими заболеваниями.

Некоторые соматические болезни изменяют метаболизм, обменные процессы. Нарушается сон, больные становятся крайне беспокойными. В этом случае необходимо лечить соматику, а психическую часть только корректировать.

При любом соматическом заболевании может развиваться психическая патология. В кардиологии переживания больного по поводу работы сердца способствуют возникновению страха смерти от инфаркта. При диагностике тяжелой формы ИБС, что качественно изменило привычный образ жизни, потребовало активного лечения, щадящего режима, пересмотра жизни, человек дает самые разные невротические и личностные реакции. И очень часто приступы таких заболеваний, как нарушение сердечного ритма, стенокардия сопровождаются страхом, иногда – совершенно обоснованным. Эти реакции фиксируются в сознании человека, и возникает тревожное ожидание этих приступов, что само по себе может приступ спровоцировать.

И, наконец, вторая группа – это психические расстройства, которые имитируют соматическую патологию. Это так же тревожно-фобические, депрессивные расстройства. Чаще всего они имитируют заболевания сердца, желудочно-кишечного тракта. И дело врача-терапевта – вовремя распознать, что пациенту в первую очередь требуется по-

мощь психиатра, иначе течение болезни может перерасти в более запущенную стадию.

**– Какие методы используют специалисты, чтобы помочь пациентам с психосоматическими расстройствами?**

– Программа всегда индивидуальна. Но первое, что должен сделать врач-психиатр – понять, что случилось с пациентом, каковы особенности его характера, адаптированность в жизни. Кроме того, психиатр, работающий в области психосоматики, должен очень хорошо разбираться в общемедицинских дисциплинах, чтобы оценить степень тяжести имеющегося соматического расстройства.

Если личностные реакции на болезнь легкие – достаточно простой психотерапевтической беседы, с применением несложных методик. А если медикаментов, то – легких, снимающих тревогу, напряжение, позволяющих больному самому справиться с ситуацией, преодолеть ее. Каждый человек должен «принять болезнь» и правильно себя в ней вести. Это может и должен объяснить ему врач-психиатр. А если он видит, что у больного уже сформировалось ярко выраженное психическое расстройство – необходимо начинать интенсивное лечение. В настоящее время имеется очень широкий арсенал препаратов для этого.

Препараты первого ряда в этих случаях – это транквилизаторы. У них противотревожное, стабилизирующее, седативное действие. Они улучшают сон, снимают напряжение, тревогу. Две другие группы препаратов, которые используются в общемедицинской практике – легкие нейролептики и антидепрессанты. Но их нужно назначать уже после консультации с психиатром – чтобы иметь представление и об общем состоянии больного, и о возможных взаимодействиях с другими лекарствами.

Антидепрессантов тоже очень много. Очень известные трициклические антидепрессанты, четырехциклические, которые

применяют и в большой психиатрии. В малых дозах – при пограничных состояниях. Сейчас создана целая новая группа препаратов – это ингибиторы обратного захвата сератонина. К этой группе относится такой известный препарат как коаксил, который очень широко применяется в общемедицинской практике. В силу того, что он имеет выраженное противотревожное действие, в ряде случаев может заменить транквилизаторы. Этот препарат могут назначать сами терапевты, но, если курс лечения затягивается, обязательно нужна совместная консультация терапевта и психиатра.

**– Как, на ваш взгляд, должна быть организована совместная работа психиатров и врачей других специальностей?**

– Там, где ведется совместная работа, например, в нашей клинике (консультация у психиатра стала такой же рутинной, как консультация окулиста) – эффект лечения виден всем. Если врачи констатируют, что жалобы пациента не соответствуют данным его объективного состояния, они всегда консультируют пациента у нас. То же самое должно в идеале происходить и в обычной поликлинике. Кабинеты психотерапии и неврозов создаются именно для этого взаимодействия – и тогда возможны очень хорошие результаты. Кроме того, существуют патологии, которые интересны и терапевтам и психиатрам – они занимают промежуточное положение между психиатрией и соматической медициной. В кардиологии это синдром нейроциркуляторной дистонии, в гастроэнтерологической клинике – синдром раздраженной кишки, в ревматологии – различные болевые синдромы, синдром фибромиалгии.

Сейчас очень развита инструментальная медицина, много дополнительных об-





следований, анализов. Когда нет подтверждений диагноза этими методами, а есть только жалобы пациента, можно как раз заподозрить какую-то психическую патологию. Например, та же нейрциркуляторная дистония выявляется как раз многообразными жалобами на устойчивое артериальное давление, на боли в сердце, на слабость, снижение трудоспособности. И в терапевтической практике существует целая диагностическая система для подтверждения диагноза. Проводят исследования кардиограммы с различными нагрузками. Очень часто оказывается, что за жалобами пациента скрывается либо тревожно-фобическое расстройство, либо депрессия. При синдроме раздраженной кишки делают гастроскопию, исследуют состояние микрофлоры кишечника и выясняется, что никакой тяжелой патологии не наблюдается, а есть какие-то отдельные, очень легкие отклонения, которые не могут объяснить состояние пациента. И тогда при совместном исследовании выявляется та же депрессия.

**– Есть ли разница в патологии различных возрастных групп, у мужчин и женщин?**

– В более пожилом возрасте основное внимание врачей уделяется соматическим заболеваниям, поэтому значительно чаще упускаются легкие психические расстройства. У нас недавно защищена диссертация на тему «Диагностика депрессии у лиц пожилого возраста в общемедицинской практике». К нам направляли пациентов старше 60-ти лет, с постоянными и многочисленными жалобами. Мы обнаружили, что больше чем у 50% процентов из них имеются депрессивные расстройства различной структуры. И когда мы начали их лечить, более трети этих больных полностью вышла из депрессивного состояния.

Проблемы молодых заключаются в особенностях адаптации к взрослой жизни, к новым условиям социальной среды. И картина заболеваний здесь более многообразна.

Если коснуться вопросов пола, то считается, что серьезные психические заболевания у женщин начинаются позже. Связано

это с особенностями их организма, гормональной системы. Вообще женщины значительно чаще обращаются за медицинской помощью, имеют больше невротических личностных реакций, они сильнее подвержены депрессии. Мужчины болеют немного по-другому – у них меньше психологических нюансов, речь, как правило, идет о более серьезных заболеваниях.

В последние годы существует тенденция к широкому распространению неких стертых, не ярко выраженных расстройств. И это стало толчком к тому, чтобы исследования в области психиатрии стали развиваться интенсивнее в медицине вообще. И для психиатров появилось более широкое поле деятельности – они стали выявлять больше патологий. Изменились болезни, изменилась структура помощи. Врачам-психиатрам нужно вести пропагандистскую работу, читать лекции коллегам, работающим в общей практике, обучать их. Ведь идет переплетение психиатрических и соматических расстройств – и следует помнить, что влияние их на организм человека взаимобразно.

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА: НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

**В последнее десятилетие в нашей стране произошла смена всей законодательной базы, которая напрямую касается современной психиатрии.**

**Вышли Законы РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О государственной судебно-экспертной деятельности», появились новые Гражданский, Семейный, Трудовой, Административный, Уголовный, Уголовно-исполнительный, Уголовно-процессуальный Кодексы.**

**Все вместе эти документы предъявляют новые требования к проведению судебно-психиатрических экспертиз. О том, что изменилось в этих требованиях, рассказывает Евгений Вадимович Макушкин, заместитель директора ГНЦ им. В. П. Сербского по науке.**

– Новые документы заставляют иначе формулировать эти требования. Поэтому неудивительно, что недавним приказом Минздрава России специальность «судебно-психиатрическая экспертиза» была введена в номенклатуру медицинских профессий. Этот нормативный акт касается и подготовки специалистов, и объема специальных профессиональных знаний, которыми эксперт должен располагать. Каждые пять лет психиатр, занимающийся этим видом деятельности, должен пройти обучение либо переподготовку по судебной психиатрии и получить сертификат.

Люди, задействованные в судебной психиатрии, работают на стыке двух профессий. С одной стороны, это – медицина, с другой –

вопросы права. Нередко опытный профессиональный эксперт бывает более сведущ в юриспруденции, чем молодой следователь. Акт судебно-психиатрической экспертизы – медицинский документ, но он имеет и обязательную правовую подоплеку. Например, в уголовном процессе эксперты отвечают: вменяем ли подсудимый, осознавал ли он значение своих действий, в каком состоянии находился, рекомендуют применение статей УК РФ.

**– Насколько важен так называемый «стандарт» в деятельности эксперта-психиатра? Возможен ли он вообще?**

– Разработать такой стандарт – одна из важных задач сегодняшнего дня. Это необходимо и для строгого контроля в здравоохранении и для оказания адекватной психиатрической помощи, в том числе и судебно-психиатрической. Единые стандарты в исследовании, в ведении пациента, в оформлении документации, стандарты в обучении специалистов приводят к обоснованным единообразным диагностическим заключениям, что крайне важно при проведении государственной экспертизы.



Именно для этого создана рабочая группа, организуется лицензионная комиссия, куда войдут как специалисты-ученые нашего Центра, так и наиболее опытные «остепененные» практики, имеющие высшую квалификацию и достаточный опыт в экспертизе. Используя единый методический подход, они должны будут оценить оборо-



дование больниц, оформление историй болезни, актов экспертиз, укомплектованность кадрами. В зависимости от этого будет выдаваться лицензия на проведение экспертизы, ее амбулаторного или стационарного варианта. Тогда мы выйдем на качественно новый уровень государственной судебно-психиатрической экспертизы. Сегодня в наиболее благополучных регионах оборудование и качество подготовки специалистов достаточно хорошее, в других – недостаточное. Поэтому зачастую и разнятся акты судебно-психиатрических комиссий. Разная подготовка экспертов может привести к произволу в экспертных заключениях. Чтобы избежать этого, в ГНЦ им. Сербского уже разработан план переподготовки специалистов. Это двух- или четырехмесячный курс, предусматривающий 288 или 576 учебных занятий.

**– На что вы будете в первую очередь обращать внимание при подготовке курсантов?**

– Проблем очень много, например, в новый Уголовный кодекс введена статья об ограниченной вменяемости. В ней говорится, что вменяемо лицо, которое в силу име-

ющегося психического расстройства не в полной мере осознавало фактический характер противоправных действий. Такие правовые нюансы сложно читаемы. Дискуссия на эту тему шла еще в конце 19-го столетия. Наши корифеи психиатрии, в частности, В. П. Сербский, считали, что не может в этом вопросе быть каких-то полутонов. Сейчас, как и во многих зарубежных странах, у нас эта статья введена, потому что современной психиатрией выявлено очень много состояний пограничного уровня. Существуют особенности, изменения или ограничения волевой регуляции поведения, когда человек вследствие неглубоких, не выраженных психических нарушений не в полной мере осознает свои поступки и руководит ими. И 22 статья нового УК это детерминирует и предопределяет, что лицо, подпадающее под действие этой статьи, не в полной мере руководило своими действиями в период совершения общественно-опасного деяния. Судом это должно быть учтено. И после помещения этого лица в учреждение системы исполнения наказаний оно может подлежать амбулаторному лечению и наблюдению у психиатра. Однако из-за практических проблем в системе Минюста не во всех случаях эта мера, рекомендуемая экспертной комиссией, применяется. Кроме того, сейчас в нашем Центре работает группа, в работу которой вовлечены специалисты разных дисциплин – и клиницисты, и психологи, которые на междисциплинарном стыке рассматривают вопросы единой оценки аффекта. Пока экспертиза эмоциональных состояний в уголовном процессе подвергается критике, зачастую обоснованной. Есть прецеденты, когда эксперты-психологи в суде нередко расширяют оценку эмоциональных состояний, что не всегда верно, однако участь обвиняемого становится

иной. Поэтому мы сейчас говорим, что должен быть стандарт оценки «уголовно значимых» эмоциональных состояний. Кодекс продиктовал новые, достаточно жесткие условия, ученые подготовили свои предложения. Работа над проектом близится к завершению, но сказать, что уже есть единый подход, нельзя.

Еще хотелось бы сказать, что судебная психиатрия – не только экспертиза, это и проблемы принудительного лечения, и вопросы профилактики преступлений, совершаемых психически больными людьми.

**– Вы уже упомянули важность единого подхода, введения стандартов в судебной психиатрии. Кто финансирует эти мероприятия, существует ли определенный «госзаказ»?**

– Наш Центр – государственное федеральное учреждение, соответственно наши главные темы курирует и финансирует Минздрав России. Это такие темы, как «Совершенствование судебно-психиатрической службы в стране и разработка мер по оказанию психиатрической и медико-психологической помощи в социально-стрессовых и чрезвычайных ситуациях (жертвам насилия, терроризма, беженцам, потерпевшим при стихийных бедствиях, катастрофах и экологическом неблагополучии)» или «Совершенствование системы судебно-психиатрической экспертизы насильственных опасных действий и разработка мер по снижению агрессивности в обществе, профилактике жестокого деструктивного поведения лиц с психическими расстройствами и аномалиями развития». Уверен, все осознают актуальность и значение этих проблем для государства.

**Материалы этого номера подготовили Дмитрий Виноградов и Анна Серикова. Фото Владимира Бахарева**



## РЕЛАКСОН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНСОМНИЕЙ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

*В. В. Андросова, отделение новых средств и методов терапии ГНЦС и СП им. В. П. Сербского*

Релаксон (зопиклон) является представителем нового класса химических соединений – циклопирролонов. В 1992 г. препарат под названием имован зарегистрирован в России. Механизм его действия связан с действием на ГАМК-CL-бензодиазепиновый ионоформ. Однако, в отличие от бензодиазепинов, зопиклон связывается только с центральными бензодиазепиновыми рецепторами и не обладает сродством к периферическим бензодиазепиновым рецепторам, которые предположительно ответственны за возникновение побочных эффектов транквилизаторов.

Зопиклон быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта: время его полувыведения составляет менее 30 мин. Пиковые концентрации препарата в плазме достигаются через 100 мин, а порог снотворного действия – в пределах 30 мин после приема в дозе 7,5 мг. Показатели всасывания препарата в незначительной степени меняются в пожилом возрасте. Биодоступность составляет для взрослых – 75%, для пожилых – 94%. Зопиклон метаболируется в печени: 10% введенной дозы препарата превращается в N-оксид – единственный метаболит, обладающий незначительной фармакологической активностью. У двух других главных метаболитов она отсутствует. Зопиклон характеризуется коротким временем полувыведения – 3,5–6 часов, при тяжелой печеночной недостаточности время полувыведения увеличивается и составляет у больных с циррозом печени в среднем 11 часов.

Целью нашего исследования было изучение переносимости и эффективности препарата Релаксон (зопиклон) производства ЗАО «Верофарм» (Россия) у больных с инсомнией неорганической природы.

В исследование было включено 15 амбулаторных пациентов (6 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 23 до 64 лет, средняя продолжительность заболевания – 1,7 лет.

Таблетки Релаксона (7,5 мг) назначали в виде монотерапии, применяли в дозе 7,5 мг (по 1 таблетке за 20–30 мин. до сна). Пациентам старше 60 лет (3 человека) лечение начинали с половины таблетки (3,75 мг) в течение первых 7 дней.

Состояние больных оценивалось до начала терапии (фоновое обследование), на третий, седьмой дни терапии и в конце лечения (10 день терапии).

Все больные до начала исследования характеризовали продолжительность своего сна как короткую (80%) или очень короткую (20%). После начала применения препарата ни один из пациентов не отмечал короткую

продолжительность сна. У всего контингента больных продолжительность сна нормализовалась и к седьмому дню терапии описывалась как средняя (20%) или долгая (80%).

Таким образом, все клинические признаки инсомнии оказались чувствительны к психофармакологическому воздействию Релаксона. Наиболее быстро и отчетливо редуцировались расстройства засыпания и частота ночных пробуждений, а также продолжительность сна.

Оценка эффективности сна определялась по соотношению общего времени сна и времени, проведенного в постели. В норме этот показатель наиболее приближен к единице. При фоновом обследовании показатель эффективности сна составлял 0,62. Уже в первые дни применения Релаксона, эффективность сна нормализовалась, и к седьмому дню терапии показатель эффективности сна составлял 0,92, а к окончанию терапии – 0,96. Таким образом, при применении препарата происходило быстрое восстановление эффективности сна.

Уже на 3-й день приема Релаксона большинство больных характеризовали свое самочувствие на следующий день как состояние расслабленности, чувство бодрости недостаточное, способность концентрировать внимание сохраняется (67%). Начиная с 7-го дня терапии, уровень бодрствования на следующий день повышался и оценивался больными, как самочувствие на высоком уровне, но не на пике, высокая способность концентрировать внимание (60%). К окончанию терапии большинство больных оценивало свое дневное самочувствие как самочувствие на высоком уровне и чувство бодрости полное. Таким образом, применение препарата в большинстве случаев не вызывало сонливости, рассеянности, нарушения концентрации внимания. Причем уровень бодрствования повышался в процессе терапии постепенно.

Эффективность терапии проявлялась в редукации и нормализации всех показателей, составляющих гипнотический эффект. В процессе терапии сокращается время засыпания, уменьшается число ночных пробуждений, увеличивается общая продолжительность и эффективность сна. Наиболее чувствительными к действию препарата являлись расстройства засыпания, количество ночных пробуждений и продолжительность сна, приближенная к длительности естественного сна. Нормализация засыпания происходила уже на 2–3 дни терапии, а при пробуждении отсутствовали явления сонливости, слабости, вялости, «тяжелой головы»,

характерные для лечения другими гипнотиками. Показатели качества сна и пробуждения претерпевали положительную динамику к седьмому дню терапии уже после редукации основных количественных признаков инсомнии.

Преимуществами препарата Релаксон являются быстрота наступления эффекта, ограниченность времени действия рамками обычной длительности сна, а также отсутствие явлений «последствия», что позволяет больному в дневное время вести привычный образ жизни. Субъективно большинство больных оценивали свое состояние через 7 дней приема как самочувствие на высоком уровне с сохранной способностью концентрировать внимание.

Рекомендуемые дозы при применении стабильны и чаще всего соответствуют 7,5 мг в день, а в пожилом и старческом возрасте – 3,5 мг в день.

Побочные явления при применении возникали редко. Их частота лишь незначительно превышала нежелательные явления, возникающие в процессе плацебо-терапии. Среди побочных действий чаще других отмечался горький привкус во рту.

Было проведено клинико-биохимическое обследование 10 больных с инсомнией до и в течение курсового лечения Релаксоном. В результате проведенного исследования можно утверждать, что курсовое применение препарата не вызывает значимых изменений показателей биохимического статуса пациентов и уровня ионов калия и натрия в плазме крови. В то же время отмечается закономерный рост содержания бензодиазепинов в моче пациентов. Важно отметить, что концентрация катехоламинов нормализовалась параллельно улучшению клинического состояния больного и на 10-й день статистически не отличалась от контрольных значений. Уровень серотонина и 5-оксииндолуксусной кислоты в моче и тромбоцитах оставался повышенным и после курсового использования препарата.

**Выводы.** Релаксон показал быстро наступающую и высокую эффективность при терапии больных с инсомнией неорганической природы. Особенно отчетливо нормализовались показатели времени засыпания, частоты ночных пробуждений и продолжительности сна, а также качества сна и пробуждения. Препарат не вызывает явлений последствие, что проявляется восстановлением высокого уровня функционирования на следующий день. Релаксон хорошо переносится больными, побочные эффекты возникают редко и не являются причиной прекращения терапии.

## ПРОФЛУЗАК: ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АНТИДЕПРЕССАНТ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

В последние годы отмечается заметный рост количества депрессивных расстройств. По наблюдениям клиницистов значительно изменилась и структура депрессий. Типичные клинические формы встречаются лишь у 10 процентов больных, а основная доля – это пациенты с атипичными амбулаторными формами, при которых депрессия протекает, скрываясь под маской соматических, вегетативных и алгических проявлений.

Сегодня в арсенале врачей появилось большое количество новых препаратов, которые, в отличие от трициклических антидепрессантов, имеют высокую избирательность действия, меньший спектр побочных эффектов, обладают лучшей переносимостью и безопасностью в случае их передозировки. Одним из таких современных средств является **Профлузак** – селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС), разработанный и внедренный в производство на ОАО «Химико-фармацевтический комбинат «Акрихин».

На состоявшемся недавно в Москве симпозиуме «Отечественный антидепрессант Профлузак в неврологической практике» специалисты кафедры нервных болезней ФППО ММА им. И. М. Сеченова (зав. кафедрой профессор Александр Вейн) в своих докладах представили результаты его клинических испытаний при лечении больных, страдающих такими заболеваниями, как депрессивные расстройства, фибромиалгия, абзусная головная боль, панические атаки, психовегетативные расстройства и хронические болевые синдромы.

В исследования были включены четыре группы больных. Первую группу составили 15 больных фибромиалгией, одной из наиболее распространенных форм хронических болевых синдромов, характеризующихся диффузными миалгиями, депрессивными нарушениями, расстройствами сна и множественными коморбидными расстройствами. Во второй группе был 21 больной с хроническими головными болями напряжения. В третью группу включили 15 больных с хроническими ежедневными головными болями. Четвертая группа состояла из 15 больных с «паническими атаками», пароксизмальными психовегетативными нарушениями и выраженными тревожно-депрессивными нарушениями.

В первой группе была отмечена высокая эффективность проведенного курса лечения (86%). При этом выраженный эффект купирования болевого синдрома и его стойкого исчезновения, со значительным снижением степени выраженности тревожно-депрессивных проявлений и психовегетативного

синдрома, наблюдался в 20% случаев. Значительный эффект с улучшением субъективных и объективных показателей отмечен у 66% больных. При этом улучшение общего самочувствия, повышения интереса к жизненным событиям отмечалось уже на 3–4 неделе терапии, в то время как анальгетический эффект наступал несколько раньше – на 2–3 неделе, что позволило достаточно быстро снизить дозы и в некоторых случаях полностью исключить прием анальгетических препаратов.

Во второй группе при назначении больным Профлузака удалось добиться следующих результатов: 14 пациентов сообщили о значительном снижении частоты случаев головной боли и уменьшении ее интенсивности (66%), что позволило сократить прием анальгетических препаратов. У пяти пациентов не отмечалось существенных изменений, у двух – цефалгические проявления несколько ухудшились.

В третьей группе эффективность лечения оказалась одинаковой независимо от формы первичной головной боли. Так, было отмечено, что наилучшие результаты были достигнуты в случаях продолжительности абзусного периода до 1 года, из них в 80% случаев лечение оказалось высокоэффективным. При продолжительности абзусного периода более 2 лет средняя эффективность лечения была достигнута в 50% случаев.

В четвертой группе в процессе лечения из 15 пациентов двое отказались от приема препарата. Из оставшихся 13 у 8 пациентов (57%) на 1–2 неделе лечения наблюдалось нарастание психических и соматических симптомов тревоги. Однако к 3–4 неделе лечения возникшие тревожные расстройства регрессировали. У 83% (10 человек) к концу 8 недели лечения полностью регрессировали панические атаки. У 2-х пациентов (17%) сохранялись панические атаки, однако их частота была существенно ниже исходной, а сохранившиеся атаки были бедны симптоматикой и квалифицировались, как малые. Клинически наблюдался существенный регресс депрессивной симптоматики у всех пациентов.

Большой интерес участников симпозиума вызвали и результаты исследований, проведенные в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского под

руководством профессора Юрия Александровского. Там в контрольную группу были включены 30 пациентов с различными формами депрессивных расстройств. Минимальное улучшение состояния наблюдалось в 5% случаев уже на 7 день терапии. Более существенная положительная терапевтическая динамика отмечалась на 14 день терапии (у 34% пациентов). Наиболее отчетливой терапевтической редуции депрессивной симптоматики удалось добиться на 28 день лечения (у 69% больных).

Таким образом, как отмечали выступавшие, в целом следует отметить высокую эффективность лечения Профлузаком больных с большим депрессивным эпизодом различной степени выраженности, а также психовегетативными расстройствами и хроническими болевыми синдромами. При этом наряду с очевидным влиянием на депрессивную симптоматику отмечается и антипанический эффект препарата. Особо было отмечено противоболевое действие Профлузака у пациентов с самыми разнообразными формами хронических болевых синдромов. Выявленные особенности клинической эффективности Профлузака при лекарственно-индуцированных головных болях позволяют существенно расширить показания к его применению.

На симпозиуме также особо подчеркивалось, что Профлузак, выпускаемый ОАО «Акрихин», по всему спектру клинических эффектов не уступает таким известным зарубежным аналогам как Прозак, Портал. Ну а что касается цены, то она заметно ниже.

**Ирина Степанова**

### Профлузак

Доказана высокая клиническая  
эффективность лечения:

- Депрессий
  - Синдрома навязчивых состояний
  - Булимии
- Применяется 1 раз в сутки



**АКРИХИН**

Лицензия № 64/1042/2000 от 12.04.2000 г.

Тел.: (095) 974-85-10/11  
Факс: (095) 702-9503  
E-mail: sales@akribin.ru  
Internet: www.akribin.ru

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ

Г. И. Дрынов, О. К. Иванюшина, А. М. Пискун,  
аллергологический центр ММА им. И. М. Сеченова

Согласно различным литературным данным, выделяют около 80 заболеваний, при которых развивается крапивница.

Это может быть как самостоятельное заболевание, так и следствие аллергической или псевдоаллергической реакции, либо синдром при патологиях различной этиологии (тиреозит, неопластический процесс и т. д.).

Механизмы, лежащие в основе крапивницы до конца не изучены. Известно, что появление кожных элементов связано с активацией тучных клеток и высвобождением ими медиаторов (гистамина, простагландинов, лейкотриенов). В зависимости от стимула, вызывающего активацию тучных клеток, различают иммунную и неиммунную формы крапивницы. По течению различают острую и хроническую, персистирующую крапивницу. Диагноз острая крапивница относится к случаям заболевания продолжительностью не более 6 недель. При сохранении и рецидивировании элементов в течение 6–8 недель и более заболевание расценивают как хроническое.

Острая крапивница достаточно распространённое явление. В течение жизни она возникает у многих людей: 15,7% регистрируют в молодом возрасте, значительно чаще – у женщин среднего возраста.

Диагностические исследования при данной патологии включают в себя помимо общеклинического и аллергологического обследования – биохимический анализ крови, иммунный статус, комплемент, антитела к ДНК, фактор Ваалер-Роузе, С-реактивный белок, антитела к тиреоглобулину, Т3, Т4, ТТГ, копрология, бактериологическое исследование, консультация гастроэнтеролога, стоматолога, ЛОР, гинеколога и обязательно – психиатра.

Наиболее часто выявляется аллергическая природа крапивницы, на втором месте – гастроэнтерологическая патология. Затем идут хронические воспалительные процессы – тонзиллит, пиелонефрит, сальпингоофорит, а также заболевания щитовидной железы. Внимание аллергологов всегда обращается на случаи впервые возникшей крапивницы или других дерматозов у пациентов в возрасте старше 40–45 лет, не имеющих до этого аллерги-

ческого анамнеза, т. к. эти кожные проявления могут являться проявлением других более серьезных заболеваний.

Но очень часто, даже при самом тщательном обследовании, не удается выявить истинную причину крапивницы. Этот вид крапивницы получил название идиопатической.

Фармакотерапия аллергических заболеваний за последние 15 лет претерпела значительные изменения. Врачи получили возможность оптимального выбора для конкретного пациента подходящего ему лекарственного средства в зависимости от клинических проявлений крапивницы, особенностей фармакокинетических и фармакодинамических свойств того или иного препарата, а также психоэмоционального статуса больного. Например, в терапии идиопатической крапивницы, помимо антигистаминных препаратов, весьма эффективными оказываются антидепрессивные средства. Это, безусловно, находит свое объяснение, поскольку у значительной части пациентов эпизоды уртикарных высыпаний вызываются психоэмоциональной нагрузкой. В последние годы таких случаев становится все больше и больше, что является следствием напряженного ритма жизни, стрессов в быту и на производстве, чрезвычайных ситуаций, свидетелями или участниками которых становятся наши пациенты.

В аллергологическом центре ММА им. И. М. Сеченова накоплен опыт терапии хронической рецидивирующей идиопатической крапивницы с использованием не только антигистаминных препаратов, но и растительного антидепрессанта **Гелариум**. Этот препарат оказался весьма эффективен при хронической крапивнице, симптоматическом дер-

мографизме, холинэргической, холодовой крапивнице, оказывает противозудное действие при atopическом дерматите.

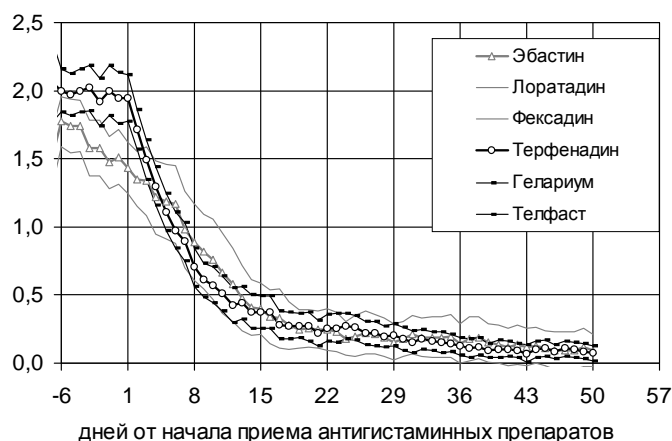
Наибольшей результативности удалось достигнуть при курсовом лечении не менее 2–3 месяцев. При этой схеме лечения симптомы крапивницы исчезали и при окончании терапии не возобновлялись или значительно ослабевали. Поэтому рекомендуемая продолжительность приема Гелариума для достижения полноценного эффекта при идиопатической крапивнице составляет от 2-х месяцев и более. Гелариум по терапевтической эффективности подобен H1-антагонистам 2-го поколения.

На диаграмме изображена динамика суммарного симптома крапивницы (зуд, уртикарные высыпания) на фоне терапии различными антигистаминными препаратами и антидепрессантом Гелариумом в течение 50 дней. Лечение предшествовал вводный период, продолжавшийся неделю, на протяжении которой пациенты не принимали никаких антигистаминных препаратов или психотропных средств.

На графике видно, что уменьшение проявлений крапивницы происходило в течение первых 8 дней лечения и к 15 дню достигло своего максимума. На продолжении оставшегося времени эти проявления оставались минимальными. Воздействие всех препаратов было приблизительно сходным, однако можно отметить, что наступление и выраженность эффекта были более значительными у препаратов Фексадин, Гелариум и Телфаст.

Таким образом, фармакотерапия аллергических заболеваний пополнилась за последние 15 лет не только принципиально новой группой антагонистов H1-рецепторов, лишенных нежелательных побочных эффектов препаратов 1-го поколения, но и эффективными антидепрессивными средствами такими как Гелариум. Врачи получили возможность оптимального выбора для конкретного пациента подходящего ему лекарственного средства в зависимости от клинических проявлений крапивницы, особенностей фармакокинетических и фармакодинамических свойств препарата, а также психоэмоционального статуса больного.

Динамика выраженности суммарного симптома  
(приведены 95% доверительные границы среднего значения)



## НООКЛЕРИН – НОВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ НООТРОП

Проф. С. Я. Скачилова, ГУП ВНЦ БАВ, проф. Т. А. Воронина, НИИ Фармакологии РАМН

Одной из важных проблем современной медицины является создание лекарственных препаратов, обладающих не только эффективными фармакологическими свойствами, но и малой токсичностью и незначительным побочным действием или полным его отсутствием. В этом отношении представляют интерес лекарственные препараты на основе естественных метаболитов, их аналогов и производных.

**Нооклерин** (деанола ацеглумат) создан специалистами Всероссийского научного центра по безопасности биологически активных веществ (ГУП ВНЦ БАВ). По своей химической структуре Нооклерин близок к естественным метаболитам головного мозга (ГАМК, глутаминовая кислота), оказывает церебропротективное действие, способствует улучшению памяти и способности к обучению.

Нооклерин прошел клинические испытания в восьми клиниках Москвы, в том числе в НИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, психиатрической клинике им. С. С. Корсакова ММА им. И. М. Сеченова, Научном центре психического здоровья РАМН, ГНЦ наркологии МЗ РФ.

Клинические испытания подтверждают экспериментальные данные об его фармакологической эффективности и малой токсичности. Наиболее положительное терапевтическое действие Нооклерин оказывает на астенические, астенодепрессивные (прежде всего вялость, слабость, истощаемость, рассеянность, забывчивость) и динамические расстройства, даже в тех случаях, когда эти нарушения являются проявлениями шизофренического дефекта. Нооклерин повышает активность поведения в целом, улучшает общий тонус и настроение. У больных улучшалась способность к концентрации внимания, уменьшалась интеллектуальная истощаемость.

Нооклерин показал себя эффективным средством при лечении функциональных заболеваний позднего возраста. Он может быть рекомендован к применению при поздних эндогенных психозах, в частности, при депрессивных состояниях, в структуре которых значительное место занимают астенические расстройства, и при невротических состояниях позднего возраста, развивающихся на фоне органической недостаточности головного мозга.

Для исследования возможности применения Нооклерина в детской психиатрии были отобраны больные с задержкой речевого и

моторного развития, с астеническими и динамическими депрессиями в рамках фазных расстройств настроения при патологически протекающем пубертатном кризе, с астеническими состояниями при нервной анорексии. Анализ терапевтической динамики Нооклерина выявил отчетливое редуцирование вялости, затруднений запоминания, внимания, подавленности. Наиболее выраженной положительная динамика была в отношении интеллектуальной истощаемости и снижения запоминаемости. У детей старшего возраста психостимулирующее действие Нооклерина сопровождалось тимолептическим эффектом, что субъективно воспринималось как «облегчение», «просветление».

Нооклерин – достаточно эффективное средство для купирования алкогольно-абстинентного синдрома (ААС), в особенности его сомато-вегетативного компонента и астенического симптомо-комплекса. Следует отметить, что данный препарат хорошо сочетается с традиционными средствами, ранее применяемыми для лечения ААС, что способствует сокращению сроков купирования синдрома алкоголизма, а также улучшению интеллектуально-мнестических функций у больных алкоголизмом без признаков тяжелого поражения ЦНС.

Исследования Нооклерина как нейрометаболического стимулятора, проведенные в ГНЦ им. В. П. Сербского (более 100 пациентов), свидетельствуют о перспективности использования Нооклерина в целях профилактики и коррекции нарушений функционального состояния зрительного анализатора у операторов, профессиональная деятельность которых сопряжена с постоянным воздействием непрерывного потока зрительной информации.

Изучено действие Нооклерина на физическую работоспособность и её восстановление у спортсменов высокой квалификации, тренирующихся в циклических видах спорта, на развитие выносливости (НИИ Спортивной медицины). Было исследовано биохимическое состояние организма, влияние препарата на процессы окисления липидов, психофизиологическое состояние. В результате исследований установлено, что Нооклерин повышает спортивную работоспособность, что позволяет его рекомендовать в таких видах спорта, где главным качеством является выносливость (плавание на длинные дистанции, гребля, лыжный, конькобежный и ве-

лосипедный спорт, спортивные игры, единоборства и другие).

В заключение можно сказать, что клинические исследования Нооклерина как ноотропа свидетельствуют о том, что он обладает ярко выраженными церебропротекторными свойствами с отчетливым ноотропным, психостимулирующим, психогармонизирующим действием.

Препарат эффективен при лечении астенических и астенодепрессивных расстройств (пограничные состояния психоорганического синдрома, шизофренический дефект, алкоголизм), черепно-мозговых травм, сосудистых заболеваний мозга.

Перспективно использование Нооклерина в целях профилактики и коррекции нарушений функционального состояния зрительного анализатора у работников, профессиональная деятельность которых связана с компьютерами, аппаратами слежения на транспорте, в авиации.

Нооклерин рекомендуется к применению в спортивной медицине как эффективное средство, корригирующее работоспособность спортсменов, развитие выносливости.

**Лекарственная форма:** раствор 20% для приема внутрь во флаконах по 100 мл.

**Фармакокинетика:** Неоклерин обладает высокой биодоступностью. Через 0,5–1 час после приема внутрь обнаруживается в максимальной концентрации в головном мозге, в меньших количествах в печени, легких, сердце, плазме крови, почках. Выводится из организма почками.

**Способ применения и дозы:** внутрь обычно по одной чайной ложке (5 мл содержит 1 г действующего вещества) 2–3 раза в день. Последний прием не позднее, чем за 4 часа до сна. Максимальная разовая доза – 2 г (2 чайные ложки). Максимальная суточная доза – 10 г (10 чайных ложек). Курс лечения: 1,5 – 2,5 месяца 2–3 раза в год.

**Побочное действие:** возможны аллергические реакции.

**Дополнительную информацию о препарате можно получить в ООО «ПИК-ФАРМА» по адресу: 129010, Москва, Спасский туп., д. 2, стр. 1. Тел.: (095) 755 5793, 974 1658, 280 7625. [Http://www.pikfarma.ru](http://www.pikfarma.ru), e-mail: [pikfarma@mtu-net.ru](mailto:pikfarma@mtu-net.ru)**



пик·фарма



## ПРИМЕНЕНИЕ ПАКСИЛА (ПАРОКСЕТИН) ПРИ СОМАТОФОРМНОМ БОЛЕВОМ РАССТРОЙСТВЕ

К. О. Чахава, ГНЦС и СП им. В. П. Сербского

Хронический болевой синдром является одним из наиболее часто встречаемых феноменов, как в общей медицинской, так и в психиатрической практике. Действительно, клиническая реальность и многочисленные литературные данные убедительно показывают сопряженность хронических болевых синдромов с целым рядом психопатологических состояний. С одной стороны, соматогенные персистирующие боли часто сопровождаются развитием пограничных психических расстройств в первую очередь депрессии, астении, ипохондрии. С другой стороны, существует целый ряд болевых расстройств, имеющих исключительно психопатологическое происхождение. При аллопатиях (термин предложен А. Violin (1987) для разграничения физиологически или органически обусловленной боли от «психической») источник боли может полностью отсутствовать или играть только роль запускающего фактора.

Клиническая оценка хронических алгий долгое время была трудной проблемой. Только введение диагностической категории «соматоформные расстройства» позволило систематизировать целую группу психических нарушений, имитирующих по своему проявлению органическую патологию, и отделить их от сходных проявлений (сенестопатий, телесных фантазий и т. д.).

По литературным данным наибольшую активность при хронических болях показали трициклические антидепрессанты (ТАД), но только amitриптилин считался препаратом, анальгетический эффект которого доказан в экспериментальных и клинических условиях. Вместе с тем, гипотеза о недостаточности серотонинэргической системы при болевой симптоматике подтверждается данными об эффективности при болевых синдромах серотонинэргических АД.

Чрезвычайная чувствительность к нежелательным явлениям (НЯ) антидепрессантов больных с хроническим болевым соматоформным расстройством, «болевое» поведение, длительный анамнез безуспешного лечения диктуют необходимость выбора для их терапии эффективных и хорошо переносимых антидепрессантов.

На базе двух учреждений - Государственного Научного Центра Социальной и Судебной Психиатрии им. В. П. Сербского (отдел пограничной психиатрии, расположенный на базе московской городской психиатрической больницы № 12) и Клиники нервных болезней им. А. Я. Кожевникова (отделение боли и патологии периферической нервной системы ММА им. И. М. Сеченова) проведено сравнительное контролируемое исследование эф-

фективности антидепрессантов у больных с соматоформным болевым расстройством (СБР).

Набор в исследуемую группу происходил на основании критериев для соматоформного болевого расстройства (DSM-111-R) и последующей дифференциации его на психогенные и идиопатические боли. Психогенные боли (66%) характеризовались диффузным характером, множественной локализацией, зависимостью интенсивности боли от эмоционального фона больных, а также от воздействия окружающих эмоциональных факторов. Для идиопатических болей (34%), была характерна строго очерченная локализация в одной части тела, персистирующий характер боли и независимость от внешних факторов.

Из исследования исключались больные с эндогенными заболеваниями (большой депрессивный эпизод, биполярное аффективное расстройство, шизофрения), с органическим поражением ЦНС, с тяжелой соматической патологией.

Все пациенты, соответствующие критериям включения в исследование, были рандомизированы на 3 группы: 1 группа – получающие трициклические антидепрессанты (амитриптилин 75–100 мг); 2 группа – получающие ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин 20 мг); 3 группа – контрольная, которой проводилась комплексная традиционная терапия анальгетиками, нестероидными противовоспалительными, миорелаксантами, мануальная терапия. Длительность периода наблюдения и курсовой терапии антидепрессантами составила 6 недель

Обследование включало клинико-психопатологический анализ, а также психометрические методики для оценки боли, психопатологических нарушений больных и регистрации побочных эффектов.

В исследование было включено 103 человека (89 женщин, 14 мужчин) с СБР различной локализации, включающей боли в спине (76%), головные боли (13%), лицевые боли (4%), стоматалгии (2%), глоссалгии (2%), абдоминальные (3%).

При анализе общей эффективности терапии АД (70 %) соматоформного болевого расстройства установлено статистически значимое улучшение состояния этих больных ( $p < 0,005$ ), в сравнении с группой контроля (26,6 %).

Эффективность терапии АД составила для amitриптилина 72,5% и для пароксетина 69,9%. Пароксетин и amitриптилин одинаково эффективно воздействовали на коморбидную депрессивную, тревожную, обсессивно-компульсивную, инсомническую симптоматику.

Между группами больных, принимавшими АД, не наблюдалось статистически значимой разницы в отношении динамики алгий синдрома. Amitриптилин (60%) и пароксетин (57,5%) имели равнозначную анальгетическую активность. Их анальгетический эффект опережал по времени наступления их собственно антидепрессивное действие и наступал уже на первой неделе терапии. Анализ Мак Гилловского болевого опросника в динамике показал, что пациенты в конце курсового лечения АД стали подчеркивать меньше словесных характеристик боли в сенсорной и аффективной шкале опросника и выбирали для ее описания менее тяжелые регистры интенсивности. При этом характер ответа на лекарственную терапию имел отличия между психогенными болями (ПБ) и идиопатическими болями (ИБ).

Более благоприятными в плане терапевтического прогноза оказались психогенные боли. Эффективность АД-терапии ПБ составила 90,2%. Идиопатические боли в большей степени были резистентны к терапии АД (отсутствие динамики алгий при редукции депрессивной и другой коморбидной патологии наблюдалось в 31,8% случаев).

В результате лечения статистически значимыми оказались также повышение качества жизни в группе пароксетина на 28% ( $p < 0,005$ ) и в группе amitриптилина на 26% ( $p < 0,005$ ), тогда как в контрольной группе качество жизни повысилось всего на 12%.

Применение пароксетина при лечении соматоформных болей в сравнении с amitриптилином сопровождалось лучшей переносимостью, редкостью возникновения нежелательных явлений ( $p < 0,005$ ) и меньшим числом отказов от терапии ( $p < 0,005$ ).

Таким образом, меньшая чувствительность к нежелательным явлениям пациентов с идиопатическими болями (седация, заторженность, сухость во рту), допускает применение amitриптилина без опасений отказа больных от терапии, а высокая чувствительность к нежелательным явлениям больных с психогенными болями указывает на целесообразность применения в этих случаях пароксетина.

Таким образом, анальгетическая активность пароксетина и установленная незначительная частота возникновения нежелательных явлений при его применении позволяют рекомендовать данный препарат в случаях индивидуальной непереносимости amitриптилина при соматоформном болевом расстройстве, а также в случаях возникновения терапевтической резистентности к традиционным антидепрессантам.

## УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН кафедры социальной и судебной психиатрии ФПО ММА им. И. М. Сеченова

на 2003 год

(база: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского)

|   |   |
|---|---|
| 1. Социальная и судебная психиатрия (сертификационный цикл для общих и судебных психиатров, заочно-очный). Москва                                       | 45 дней: очная часть 30 дней: 03.02–28.02 |
| 2. Социальная и судебная психиатрия (сертификационный цикл для преподавателей кафедр и руководителей психиатрических учреждений, очно-заочный). Москва  | 45 дней: очная часть 15 дней: 03.03–14.03 |
| 3. Социальная и судебная психиатрия (сертификационный цикл для общих и судебных психиатров). Москва   | 45 дней: 17.03–25.04                      |
| 4. Клинические и судебно-психиатрические проблемы подростковой психиатрии (сертификационный цикл для общих и судебных психиатров, заочно-очный). Москва | 45 дней: очная часть 30 дней: 12.05–06.06 |
| 5. Социальная и судебная психиатрия (сертификационный цикл для психиатров, работающих в системе ГУИН МЮ и МВД РФ, заочно-очный). Москва                 | 45 дней: очная часть 30 дней: 29.09–24.10 |
| 6. Актуальные вопросы клинической психиатрии (тематическое усовершенствование для общих и судебных психиатров). Москва                                  | 15 дней: 03.11–14.11                      |
| 7. Медицинская и судебная психология (тематическое усовершенствование для психологов, работающих в психиатрии). Москва                                  | 15 дней: 17.11–28.11                      |
| 8. Социальная и судебная психиатрия (темат. усовершенствование для юристов). Москва   | 15 дней: 08.12–19.12                      |

Заявки высылать по адресу: 119992, Москва, Кропоткинский пер., 23, кафедра социальной и судебной психиатрии, группа комплектования. Тел.: (095) 203 9313; 201 4711; 201 3555; факс 201 7231.

## «ОБСЛЕДУЙ СЕБЯ И ОСТАВАЙСЯ ЗДОРОВОЙ»



В Москве и городах России продолжается благотворительная информационно-просветительской кампания, направленная на раннюю диагностику заболеваний молочной железы. Инициатором ее проведения выступает немецкая фармацевтическая компания Бионорика АГ.

На базе маммологических центров, гинекологических клиник и поликлиник проведено уже более 100 просветительских лекций и практических семинаров. В дар маммологическим диспансерам, диагностическим центрам, медицинским учреждениям были переданы силиконовые муляжи для обучения навыкам самообследования молочных желез, книги, брошюры.

Врачи ЛПУ активно включаются в работу по просвещению и обучению женщин. Уже имеются первые результаты: из большого числа женщин, обратившихся за консультацией у пяти

был обнаружен рак молочной железы на ранних стадиях. Своевременная диагностика позволит в полном объеме провести все необходимые лечебные мероприятия и дать благоприятные прогнозы в плане полного сохранения здоровья.

**Телефон горячей линии:  
(095) 434 17 00**

## ПОЗДРАВЛЯЕМ!

В этом году кафедре инфекционных болезней РМАПО исполнилось 70 лет.

В 1932 году на базе клинической городской больницы им. С. П. Боткина была создана кафедра инфекционных болезней ЦИУВ. Ее первым заведующим избирается профессор М. П. Киреев. Под его руководством были созданы программы обучения врачей-курсантов и параллельно с этим кафедра стала интенсивно заниматься научной работой.

В 1944 году кафедру возглавил профессор Г. П. Руднев. Это был выдающийся инфекционист, ученый с мировым именем, талантливый педагог. Он создал мощную школу, и его ученики впоследствии возглавили кафедры инфекционных болезней медицинских институтов в различных городах и республиках страны.

С 1970 по 1990 годы кафедрой руководил член-корреспондент АМН СССР профессор В. Н. Никифоров – главный инфекционист России. Это был не только блестящий клиницист, но и выдающийся организатор. Благодаря его усилиям кафедра стала головной по изучению патогенеза и лечению особо опасных инфекций – холеры, сибирской язвы, чумы. В педагогический процесс были внедрены новые циклы по ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам, особо опасным инфекциям, была издана первая унифицированная программа для обучения инфекционистов.

Сегодня кафедру возглавляет профессор Мэлс Хабибович Турьянов. В клинике создано реанимационное отделение для инфекционных больных в многопрофильной больнице. Учебный процесс обогатился новыми циклами по неотложным состояниям, внутрибольничным инфекциям, вирусным гепатитам, фитотерапии.

За 70 лет работы кафедры на циклах прошли обучение более 50 тысяч врачей-курсантов, выпущены сотни научных статей, монографий, защищены десятки кандидатских и докторских диссертаций. И сегодня кафедра остается основным ведущим центром учебной и методической работы для инфекционистов страны.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издается с 1993 года  
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

**Главный редактор Галина Денисова**  
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854  
www.medicus.ru; E-mail: hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ**