

ГОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

БОЛЬНИЦА

№ 4
1999

НАУКА И ПРАКТИКА

ГНЦСиСП имени
В. П. СЕРБСКОГО

стр. 3 - 5

МОСКОВСКАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА № 12

стр. 5 - 7

Фармакотерапия пограничных расстройств

стр. 8 - 12

МУКОДИН
ПРИ БРОНХО-
ЛЕГОЧНОЙ
ПАТОЛОГИИ

ZORKA Pharma

стр. 13 - 14



*Профессор Ю. А. Александровский:
“Увеличение числа невротических, соматоформных
расстройств напрямую связано с ситуацией,
переживаемой страной в условиях экономического
кризиса...”*

стр. 3

ТЕЛЕМЕДИЦИНА: ПРОЕКТ XXI ВЕКА

В рамках проекта «Информационная телемедицинская сеть России», который поддерживается МЗ РФ, РАМН, Госкомоборонпромом РФ, АО «Ростелеком», Комитетом здравоохранения Москвы, планируется объединить максимальное число медицинских лечебных и научных учреждений страны. Федеральная медицинская сеть, обеспеченная современными средствами связи (спутниковая, оптоволоконная, радиорелейная) и информационными технологиями, позволит передавать истории болезни, рентгеновские и другие изображения, проводить консилиумы и телеконференции на расстоянии. Благодаря этому, ведущие научные центры страны помогут региональным лечебным учреждениям не только в диагностике, но и обеспечат предгоспитальную подготовку пациентов, поиск тех лечебных учреждений страны, которые имеют наибольший опыт в лечении того или иного заболевания. Появится возможность хранить и передавать оперативную медицинскую информацию о пациентах, независимо от того, в каком месте страны в данный момент они лечатся.

Уже сейчас создается опытно-экспериментальная зона оптоволоконной телемедицинской сети на территории Москвы с выходом на ряд Российских областей, наиболее подготовленных к ее внедрению. Эта зона строится на базе Московской волоконно-оптической сети (МВОС), оператором которой является Корпорация КОМКОР. Ввод участников опытной зоны производится в несколько этапов: к сети уже подключены Институт хирургии им. А. В. Вишневского, НИИ педиатрии, Центр детской телемедицины, МНИОИ им. Герцена, Медицинский научный радиологический центр в г. Обнинске, Онкологический научный центр РАМН, МГУ. На следующих этапах будут подключены Центральная медико-санитарная часть № 11, Медицинский центр «Росдиамед», ФФОМС-Сабтел, Госпиталь ветеранов войны № 3, Национальное медицинское агентство, Президиум РАМН, ГКБ № 23, ДКБ № 38, Институт сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева, Центральная научная медицинская библиотека и др.



Н О В О С Т И РЕСПУБЛИКАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Наркомания – болезнь, от которой в последнее время страдают не только взрослые, но дети и подростки. Что делать, если вы или ваши близкие заболели? Как им помочь? Излечима ли наркомания? Предположим, вы готовы помочь вашему ребенку избавиться от наркотической зависимости. Куда лучше обратиться? Можно, конечно, открыть любую газету – все они сейчас пестрят объявлениями частных клиник, гадалок, экстрасенсов с предложениями излечить от наркомании за 1 день или за 1 неделю со 100% гарантией. Но можно позвонить в открывшуюся в Москве **Медицинскую справочную службу**, где квалифицированный врач-диспетчер бесплатно по телефону поможет вам ответственно подобрать наиболее подходящее лечебное учреждение. При этом учитываются не только особенности заболевания, но и материальные возможности клиента, и место расположения медицинской базы. Врачи справочной направляют в лечебные учреждения, зарекомендовавшие себя и в лечении наркомании, и, что особенно важно, в эффективной реабилитации. Вам помогут выбрать клинику, конкретного врача с учетом тех препаратов, которые вы принимали, дозы и длительности приема, условий реабилитации. Врачи-специалисты с многолетним стажем работы в этой области работают в ГНЦСиСП имени В. П. Сербского, НИИ психиатрии Минздрава РФ, Военно-клиническом госпитале поселка Одинцово, Медицинском центре доктора Назаралиева, в ряде наркодиспансеров. Врачи-диспетчеры несут ответственность за качество лечения. Лечение проводят анонимно.

Кроме того, постоянными спутниками наркомании являются ВИЧ-инфекция и различные формы гепатита: В, С, В. В специализированном гепатологическом центре окажут высококвалифицированную помощь при острых и хронических вирусных гепатитах, проведут диагностику и лечение любых форм гепатитов современными противовирусными препаратами.

Звоните круглосуточно по телефонам: (095) 964-840, 964-8403, 964-8413.

На одном из заседаний президиума Российской академии медицинских наук (РАМН), посвященном проблемам реабилитации детей и взрослых с нервно-психическими расстройствами и отклонениями в поведении, были приведены следующие данные. 20% детей шестилетнего возраста и почти 90% детей школьного возраста имеют отклонения в психическом и соматическом развитии. За годы обучения в школе число психических расстройств у детей увеличивается почти в четыре раза. Ежегодно на учет ставится до 4 тысяч детей. Современный уровень знаний об аномалиях психического развития личности позволяет оказывать действенную помощь страдающим нервно-психическими расстройствами и дезадаптационными формами поведения.

В Москве, на базе ПКБ № 15, действует единственный в столице медико-педагогический лечебно-реабилитационный подростковый Центр. Сюда, по телефону 324 4105, могут обратиться за помощью как сами подростки, так и их родственники.





БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО ОБЩЕСТВА

Около 15 лет назад в московской психиатрической клинической больнице № 12 началась работа по программам лечебной помощи больным с пограничными психическими расстройствами, разработанным сотрудниками ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, и теперь она фактически преобразована в консультативно-диагностический и лечебный центр. Важным условием такой организационной перестройки явилось то, что наряду с сотрудниками больницы в работе этого центра принимают участие ученые, занимающиеся пограничной психиатрией, психотерапией и нелекарственными методами терапии.

Что же относят сейчас к пограничным расстройствам, каковы причины их возникновения, есть ли связь между ними и кризисным периодом в жизни общества? На эти вопросы корреспонденту «Больницы» ответил руководитель Федерального научно-методического центра пограничной психиатрии, заместитель директора ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского профессор Юрий Анатольевич Александровский.

– Можно ли сказать, что пограничные психические расстройства находятся на самой грани между состоянием здоровья и состоянием болезни?

– Это – неспецифические болезненные проявления. Невротические расстройства, которые определяют пограничные состояния, входят в структуру разных заболеваний – психических, соматических, неврологических, и выражаются в целом комплексе расстройств невротического уровня. Это могут быть повышенная раздражительность, астения, навязчивые состояния, вегетативные дисфункции. К числу видимых первопричин болезни относят переживаемые человеком различные конфликты психологического характера – будь то внутренние или с окружающей средой. Нередко существуют и более глубинные причины – биологическая предрасположенность, предрасположенные генетически особенности характера.

Невротические проявления врачи пытаются классифицировать на протяжении нескольких столетий, чтобы оценить, чтобы оценить, чтобы оценить, чтобы оценить, чтобы оценить,

прогнозировать их развитие и, естественно, лечить. Сейчас, на основании накопившихся знаний и опыта, выделены три большие группы пограничных расстройств, при которых психогенная причина занимает ведущее место; вторая – декомпенсации личности (психопатии), когда особенности характера достигают патологических проявлений и третья – невротоподобные и психопатоподобные состояния, являющиеся частью многих заболеваний.

– Какова распространенность пограничных расстройств в настоящее время?

– Сейчас в нашей стране наблюдается значительный рост количества пограничных состояний, в то время как основные психические заболевания – шизофрения, эпилепсия, старческие психозы и прочие – на протяжении длительного времени находятся на стабильном уровне. Увеличение числа невротических, соматоформных расстройств, конечно, напрямую связано с ситуацией, переживаемой страной в условиях экономического кризиса. Од-

нако точные цифры этого роста назвать сложно, так как в последние годы люди нередко обращаются за помощью в различные негосударственные учреждения, прибегают к услугам «магов», «колдунов», в результате такие случаи в официальную статистику не попадают. Кроме того, многие стараются «перебороть» болезненные проявления самостоятельно, чтобы не обращаться лишним раз за больничным листом в страхе потерять работу. Но мы, занимаясь этой проблемой ежедневно, ясно видим, как растет число пограничных состояний, и даже при всех недостатках регистрации, статистика эту верхушку айсберга уже зафиксировала.

Тревожит также и то, что теперь врачи-психиатры чаще сталкиваются с запущенными случаями, к ним обращаются лишь когда проявления болезни всерьез мешают людям жить

и работать. По-прежнему у многих существует-



ет страх перед “психиатричкой”. Именно поэтому мы считаем, что организационная форма нашего Центра, в который можно прийти, что называется, с улицы, наиболее удобна для населения.

– **Сейчас многие говорят о “невротизации” населения, даже на бытовом уровне, в магазинах, на городском транспорте, каждый сталкивался с “неадекватными” реакциями в конфликтных ситуациях. Существует ли такая проблема с медицинской точки зрения?**

– Еще в 1991 году на основе анализа психического здоровья населения России и бывших республик Советского Союза нами было высказано предположение о наличии группы так называемых социально-стрессовых расстройств, определяемой складывающейся социально-экономической и политической ситуацией. Последующая работа подтвердила развитие массовых проявлений состояний психоэмоционального напряжения и психической дезадаптации, что можно назвать коллективной психической травмой.

Российскими психиатрами подобное было замечено еще после революционных событий 1905 года. Тогда погромы, забастовки, неудовлетворенность экономическим и социальным положением вызвали у многих тревогу, страх, подавленность, изменяли характер, привычное поведение.

Основными причинами возникновения социально-стрессовых расстройств в наше время являются, прежде всего, последствия длительного господства тоталитарного режима, лишившего миллионы людей духовной, средовой, экологической основы организации жизни. Мощными стрессогенными факторами стали экономи-

ческий и политический хаос, безработица, обострение международных конфликтов, локальные гражданские войны и появление большого числа беженцев, а также экономическое расслоение общества, рост гражданского неповиновения и преступности. Но главное – в том, что эти причины имеют затянувшийся и нарастающий характер.

В этот период для подавляющего большинства населения возникают и становятся актуальными не только общие, социальные, но и порожденные ими личностные проблемы – например, страх за будущее детей, опасность призыва в армию и тому подобное. В этих случаях выявлено три основных защитных психологических механизма. Во-первых, у людей старшего возраста – идеализация прошлой жизни с ее системой отношений, что помогает им уйти от проблем сегодняшнего дня; во-вторых – отрицание каких-либо жизненных ценностей и ориентиров, “пассивный дрейф” по жизни; в третьих – замещение реальных социально-психологических проблем чрезмерной заботой о своем здоровье, “уход в болезнь”, повышенный интерес к магическому объяснению событий.

Знание национальных традиций и культуры помогает предвидеть и вовремя купировать невротизацию общества, поскольку в ряду социальных факторов, вызывающих развитие социально-стрессовых расстройств, значительное место

принадлежит “мотивации нации”. За рубежом

ными исследованиями было выявлено четыре типа таких мотиваций. К первой группе отнесены североамериканцы, австралийцы, британцы, “мотивированные на достижение”. Для них характерно стремление к богатству, которое заставляет рационально и по возможности точно рассчитывать свои шаги, чтобы преуспеть. Во вторую группу входят граждане стран, ориентированные на “защитную мотивацию”, ценящие “свой мирок” в который бы никто не вмешивался. К ним относятся жители Австрии, Бельгии, Италии, Греции, Японии и ряда других стран. Третья группа отличается “социальной мотивацией”. Сюда относят Югославию, Испанию, Бразилию, Израиль, Турцию, а также и Россию. Особенностью жизнедеятельности в этой группе является “уравнительный подход”, люди, хотя и желают улучшения качества жизни, считают при этом, что “лучше ничего не менять, чтобы не стало хуже”. К четвертой группе отнесены жители скандинавских стран, также социально мотивированные, но, в отличие от третьей группы, четко нацеленные на улучшение качества жизни.

Ломка “мотивации нации”, как и изменение моральных и религиозных устоев, к тому же носящая достаточно протяженный во времени характер, непременно сопровождается повышенным риском развития социально-стрессовых расстройств, занимающих значительное место в группе пограничных психических состояний. И медицина, конечно, здесь не может в корне изменить ситуацию. Она лишь оказывает лечебную помощь и привлекает внимание общества к данной проблеме.





Кратко охарактеризовать особенности применения психофармакологических препаратов, использующихся в терапии пограничных психических расстройств, мы попросили руководителя отделения новых средств и методов терапии ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, доктора медицинских наук Аллу Сергеевну Аведисову.

– Как известно, основные используемые фармпрепараты можно разделить на шесть групп, основанных на особенностях клинического действия. К первой относятся транквилизаторы (анксиолитики и гипнотики), ко второй – антидепрессанты, к третьей – ноотропные средства и актопротекторы, к чет-

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ

вертой – нейролептики, к пятой – психостимуляторы и к шестой – нормотимики. В некоторых странах выделяется еще и группа антиманиакальных препаратов.

Особенности применения психотропных препаратов в клинике пограничных состояний по сравнению, например, с клиникой острых психозов, обусловлены соотношением “риск-польза”. И если в клинике “большой” психиатрии риск при назначении лекарственного средства зачастую бывает оправданным тем результатом, которого можно добиться, то в клинике пограничных состояний преимущественно подбираются препараты с наименьшими побочными эффектами, не вызывающие различных осложнений. Здесь безопасность, переносимость лекарств приобретает первостепенное значение. Большое внимание мы уделяем также индивидуальной чувствительности к лекарствам, что, например, в клинике острых психозов иногда уходит на второй план. Наши больные нередко остаются работающими людьми и поэтому мы учитываем удобство при применении препаратов, следим, не вызывает ли препарат седацию или снижение психомоторной реакции. Предписываемые

дозы, как правило, небольшие. В комплексную терапию входят психотерапевтические и реабилитационные методы воздействия, которые совме-

стно с применением фармакологических препаратов позволяют получить более выраженный положительный терапевтический эффект.

В арсенале врачей довольно большой набор психофармакологических препаратов, на рынке появляются все новые и новые, однако механизм их действия достаточно хорошо известен. По сути, среди них нет ни одного, который бы значительно превосходил по эффективности традиционные. Однако, что действительно можно считать достижением психофармакологии последних лет, это значительное расширение клинических показаний для применения известных классов психотропных препаратов. В настоящее время они используются при тех состояниях, которые раньше исключали их назначение. Например, антидепрессанты применяются при панических расстройствах, антиконвульсанты широко используются при профилактической терапии аффективных биполярных расстройств и так далее. Очень важно также и то, что новые препараты характеризуются все меньшими побочными эффектами.

Вообще же, стремление добиться максимальной безопасности лекарственных средств является генеральной линией развития современной фармакологии. Разработка, новые технологии производства, проведение испытаний препаратов в соответствии с международными стандартами, конечно, обеспечивают безопасность при их применении но, безусловно, требуют значительных материальных затрат, что в конечном счете влияет на их высокую стоимость.





НА ТВЕРДОЙ ПОЧВЕ

вающий “психиатрические проблемы”, для чего не требуется никаких направлений не только из психдиспансера, но даже и из районной поликлиники. Переступив порог, он сразу попадает в поликлиническое отделение, работающее ежедневно в

две смены, где с ним занимается бригада врачей всех основных медицинских специальностей во главе с психиатром. При необходимости больной получает консультации узких специалистов, выполняются электроэнцефалография, психофизиологические исследования. Окончательное заключение носит рекомендательный (а не принудительный) характер.

Обычно принимается одно из четырех решений. Если выявлен психоз, больному объясняют, что он должен обратиться в психдиспансер, в острых случаях – его непосредственно отсюда направляют в психиатрическую больницу. Подобная категория больных весьма немногочисленна. В другую группу больных попадают те, кто признаются полностью психически здоровыми и получают лишь некоторые психогигиенические рекомендации. Третий, наиболее многочисленный, поток обратившихся составляют люди с выявленными невротическими расстройствами, которых закрепляют за одним из отделений больницы (они все одинаковы по профилю) и конкретным лечащим врачом. Эти больные могут получать амбулаторное, консультативное лечение, либо находиться в дневном стационаре, либо, в случае возникшей необходимости, врач предлагает им госпитализироваться на два-три дня. В работе с такой категорией больных особенно широко практикуется форма телефонных консультаций, причем нередко врач дает советы не только самому больному, но и членам его семьи. И, наконец, четвертый поток – это больные, нуждающиеся в госпитализации (в зависимости от показаний, они могут затем пере-

ходить на амбулаторное лечение или в дневной стационар).
Ежедневно консультативно-диагностическая или амбулаторная помощь оказывается не менее чем 500 больным; стационарное лечение, включая дневной стационар, получают 300 человек. В работе соблюдаются следующие принципы: больному предоставляется право выбора врача; один и тот же врач курирует больного на всех этапах и при всех режимах его обследования и лечения; при решении диагностических вопросов и назначении лечения используется единый лабораторный комплекс. Особенностью работы больницы является плодотворное сотрудничество и “мирное сосуществование” пяти кафедр различных НИИ, все научные сотрудники которых самым активным образом участвуют в лечебном процессе в теснейшем контакте с персоналом больницы. Основная заслуга в создании такой атмосферы принадлежит руководству больницы, прежде всего, главному врачу Всеволоду Петровичу Подрезову. Но и научные сотрудники ГНЦ им. В. П. Сербского, прежде других “обосновавшиеся” в этих стенах вложили и душу, и значительные материальные средства в переоборудование больницы. Затем здесь развернулась кафедра психотерапии и кафедра лечебной физкультуры Академии последипломного образования, кафедра нелекарственных методов лечения ММА им. Сеченова и кафедра психофармакологии НИИ фармакологии.
В терапевтической практике больницы применяется сочетание медикаментозных средств, различных методов психотерапии (вплоть до психоанализа) и реабилитационных мероприятий. В уютном домике, напоминающем швейцарское шале, располагаются не только кабинеты психотерапевтов, но и великолепная сауна, массажные, несколько по-разному оборудованных залов для занятий лечебной физкультурой. Что интересно – все это великолепие создано малыми средствами, в результате переоборудования бывшего разрушившегося пищеблока, и даже его кокетливый черепичный козырек

В последние десятилетия во всем мире все меньше становится больниц для тех, кого в XIX веке называли “скорбными главою”, типичных “сумасшедших домов”, так выразительно и страшно описанных в литературе и показанных в фильмах. Причина не только в гуманизации общества и наступлении “эры нейролептиков”, но и в том, что структура психической заболеваемости сдвинулась в сторону увеличения числа больных пограничными психическими расстройствами, и особенно резко – у нас, в России. Однако, если в других странах в связи с этим растет количество специализированных лечебных и реабилитационных центров, то у нас – то ли из-за недостатка средств, то ли из-за непонимания важности проблемы – сокращаются даже те “койки”, которые уже были. К сожалению, то же происходит и в московской клинической психиатрической больнице № 12, являющейся базой Федерального научно-методического центра пограничной психиатрии, поистине “островком спасения” для множества людей, не имеющих сил выдержать натиск социальных бурь.

Все же надо отдать должное Правительству Москвы и руководству Комитета здравоохранения – Центр существует исключительно на госбюджетной основе. Сюда может обращаться любой

житель Москвы, испытывающий



появился после катастрофической протечки крыши (решили: если уж все равно делать ремонт – так пусть будет по-настоящему красиво). Теперь “от прошлого” там осталась только кухня, питаются же больные в своих отделениях.

Все без исключения палаты стационара выглядят как санаторные номера, причем буквально каждый квадратный сантиметр имеющихся небольших площадей использован рационально, с большим вкусом и выдумкой. В административном корпусе, расположенном в единственном на территории больницы старинном особняке, бережно сохранен интерьер – огромные зеркала, массивные внутренние лестницы и даже кое-что из обстановки. Видно, что нынешний облик больницы “собирался” по крупице, тщательно и целеустремленно. О том, что это делалось не случайно, мы говорили с заместителем главного врача по медицинской части **Тамилей Васильевной Левоской**.

– Как учили нас старые врачи, в психиатрии организация лечебного процесса имеет первостепенное значение. И не только в давние времена, когда лечить, в общем, было почти нечем, но и сейчас, особенно при нашем контингенте больных. Для невротика нет ничего важнее приветливой улыбки врача, уютной палаты, чистой, ухоженной территории, достаточного и вкусного питания. А для этого нужно, чтобы и медперсонал чувствовал себя хорошо: вовремя и по справедливости получал зарплату, не имел конфликтов в коллективе.

В нашей больнице проблемы текучести кадров не существует – люди трудятся десятилетиями, есть и династии. Такой крепко сколоченный коллектив со своими традициями и неписаными правилами легко отторгает все чужеродное. У нас ведь очень небольшая больница, все работают “тесно” друг к другу и что бы ни произошло – все становится заметным сразу, и хорошее, и плохое.

К плохому и особенно опасному я отношу проблему неравенства среди больных. Кое-кто желает добиться “особого” отношения, пытаясь засунуть врачу в карман “барашка в бумажке” или рассчитывая на звонки влиятельных лиц. Что скрывать – есть и у нас такие больные. Но ответственно заявляю: “особого” отношения не найдете ни к кому, все равны (причем равны не “в бедности”, а в относительном комфорте). Это легко проверить: невротики чрезвычайно чувствительны, и если бы они заметили что-нибудь подобное, это моментально сказалось бы на состоянии целого отделения больных. Именно поэтому в нашей больнице нет также ни одной платной услуги. И это позиция принципиальная, потому что ничто так не разрушает коллектив больных и сотрудников и, в конечном счете, сводит на нет терапевтический эффект, как коммерциализация отношений между ними.

– Врач-психиатр – продолжает Тамилея Васильевна, – должен настолько знать душевные переживания своего пациента, чтобы быть “впереди них”. Лечебные мероприятия, проводимые в условиях “открытых дверей”, как у нас в больнице, требуют искусства и даже интуиции, чтобы предугадать поведение больного при возможных обострениях состояния. А значит для врача нужно создать условия, в которых душа его была бы спокойна.

Наша больница пережила множество трансформаций. В апреле этого года мы скромно отмечаем ее 50-летний юбилей, в день, когда она родилась на месте военного госпиталя. Из маленькой, 120-коечной, мы выросли до 600-коечной, а затем снова начали сокращаться. Что было делать с людьми, оказавшимися под угрозой увольнения, переживающими тревогу и дискомфорт? Мы постарались не оставлять надолго их в этом состоянии. Прежде всего, создали поликлинику внутри стационарного

учреждения. Перешли на так называемый дифференцированный режим – то есть один и тот же врач по мере необходимости стал работать и в поликлинике, и в стационаре, и в дневном стационаре. Сделали реально действующим право пациента на выбор лечащего врача – не ради формально-



го исполнения закона, а потому что вся практика показала: уж если наш больной нашел любимого врача – их надо оставить вместе, потому что только это приведет к положительному результату лечения.

Оплата труда также детально дифференцирована (наша система создана на базе известного “бригадного подряда”): нет и двух человек, которые получали бы одинаковую сумму – каждый пишет свой отчет о проделанной работе.

Конечно, все преобразования делались на протяжении многих лет, небольшими шагами. 27 лет нашей больницей руководила Амалия Семеновна Каландаришвили, традиции, заложенные при ней, мы бережно храним. Сейчас, как мне представляется, наша больница представляет собой слаженно функционирующий организм.

Татьяна Рябухина
Фото Владимира Афанасьева



ФИНЛЕПСИН ПРИ АГРЕССИВНОМ ПОВЕДЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Ю. А. Александровский, А. С. Аведисова, Л. С. Канаева, А. А. Горин, ГНЦСиСП им. В. П. Сербского

Применение антиконвульсантов в психиатрической практике позволяет пролить новый свет на патогенетические механизмы возникновения многих психических нарушений и найти новые пути для проведения исследований.

Антиагрессивный эффект **Финлепсина** (карбамазепина) отмечался в работах многих исследователей еще в начале 80-х годов. Первоначально редукция агрессивности, недифференцированного возбуждения, дисфории, возбудимости в процессе лечения этим препаратом описывалась у больных с выраженной психоневрологической патологией – эпилепсией, деменцией, умственной отсталостью, шизофренией. При дальнейшем изучении Финлепсина было показано, что препарат эффективен и при эпизодически возникающей агрессии у пациентов с невыраженными психическими расстройства-

мов независимо от их нозологической принадлежности, объединенных снижением контроля над собственным поведением (нарушением “поведенческой ингибиции”).

Исследование эффективности Финлепсина-ретард у больных с агрессивным поведением при органическом расстройстве личности проводилось в Отделе пограничной психиатрии ГНЦСиСП им. В. П. Сербского. Препарат назначался в виде монотерапии после приема пищи в дозе от 200 мг до 600 мг. Схема проведения исследования включала клинко-психопатологическое обследование, симптоматический опросник Kellner, шкалу агрессии Басса-Дарки, тест руки, шкалу нежелательных явлений терапии, ЭЭГ обследование.

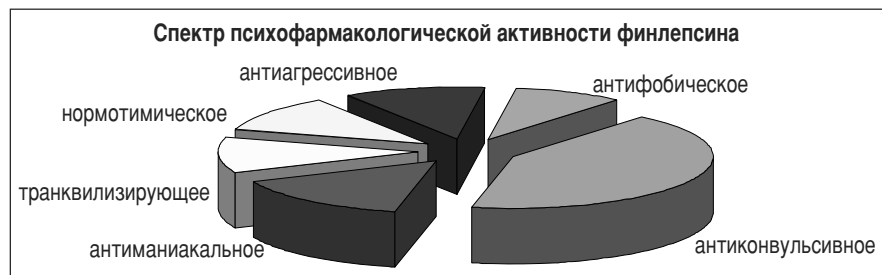
Анализ динамики болезненных расстройств в процессе лечения Финлепсином-ретард позволил выделить два типа психо-

На фоне уменьшения невротической симптоматики особенно наглядно выступали расстройства второго типа, в этот период еще не подвергающиеся обратному развитию – возникающие без всякого повода приступы дисфории, возбудимости и агрессивного поведения. Подобное кажущееся ухудшение состояния объяснялось определенной последовательностью в редукции болезненных расстройств, диссоциаций в темпе ее редукции, при которой транквилизирующий эффект Финлепсина-ретард опережал появление собственно антиагрессивного действия.

Нормализация поведенческих аспектов (второго типа психопатологической симптоматики) в процессе терапии наступала примерно с третьей недели лечения – снижалась частота немотивированных приступов агрессии, возбудимости, вербальных угроз, гневливости; больные начинали контролировать свое поведение, что отмечалось как медперсоналом, так и другими пациентами.

Следовательно, у больных с агрессивным поведением в рамках органического расстройства личности прослеживалась отчетливая двухэтапность в психофармакологическом действии Финлепсина-ретард. На первом этапе выявлялся транквилизирующий эффект препарата; в последующем (3-я неделя терапии) – наблюдалось собственно антиагрессивное действие. Дифференциация этих эффектов особенно отчетливо проявлялась в первые недели лечения, когда отмечалось “терапевтическое расслоение” психопатологической симптоматики, отражающей различные клинко-фармакологические эффекты препарата.

Таким образом, проведенное исследование позволило расширить представления о психофармакологическом спектре Финлепсина. Выявление у этого препарата антиагрессивного действия наряду с антипароксизмальным, транквилизирующим, антиманиакальным, нормотимическим и, возможно, антифобическим дает возможность более широкого его применения в психиатрической практике. Финлепсин еще раз обращает внимание психиатров на тесную связь между эпилепсией и другими психическими расстройствами. Она выявляется не только на клиническом уровне (например, шизоэпилепсия, появление психических расстройств после эпилептических приступов), но и в эффективности антиконвульсантов и ЭСТ при разнообразной психической патологии, а психотропных препаратов (клоназепам, нитразепам, клоразепат и др.) – при эпилепсии.



ми. На этом основании многие авторы рекомендуют Финлепсин для применения при агрессивности, как в рамках эпилепсии, деменции, шизофрении, так и при посттравматическом стрессовом расстройстве, расстройствах личности, расстройствах поведения у детей. Особенно отчетливо эффект препарата проявляется в тех случаях, когда явления агрессии протекают на фоне органических изменений головного мозга.

Объяснение собственно антиагрессивного действия Финлепсина связывают с повышением порога судорожной активности и возбудимости в амингидальной области головного мозга, препятствующем появлению агрессивных тенденций, а также с повышением серотонинергической медиации, дисфункция которой в настоящее время рассматривается в тесной связи с агрессивным поведением и нарушением контроля над импульсами. В этой связи предложен термин “синдром дефицита серотонина” для обозначения состояний, характеризующихся эпизодами агрессивного, импульсивного поведения, быстрой сменой настроения или тем и другим одновременно. Предполагают, что дисрегуляция серотониновой нейромедиации является специфической для ряда синдро-

патологической симптоматики, обнаруживающей тропность к терапевтическому воздействию.

Первый тип психопатологической симптоматики характеризовался постоянными расстройствами невротического уровня – эмоциональной напряженностью, инсомнией, тревожными мыслями и опасениями, аффективной лабильностью, раздражительностью, разнообразными соматоформными нарушениями.

Второй тип психопатологической симптоматики характеризовался приступообразно возникающими и чаще всего немотивированными поведенческими расстройствами, проявляющимися возбудимостью, агрессивностью, гневливостью с невозможностью контролировать собственные поступки и слова.

Терапевтическая динамика первого типа болезненных невротических расстройств выявлялась уже в первую неделю применения Финлепсина-ретард. Признаки улучшения состояния проявлялись в уменьшении тревоги, внутреннего напряжения, эмоциональной лабильности, раздражительности, в улучшении сна. Редукция этих симптомов свидетельствовала о появлении транквилизирующего действия препарата.

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 достижение 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, эуτροφические 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 психооргани-

ческими нарушениями и церебральной недостаточностью. Он успешно применялся у пациентов с начальной стадией церебрального атеросклероза и естественным 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 сим-

птоматики 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 (сенестоипохондрической 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).

РОМФЕРХИМ



Ромпаркин (таблетки по 2 мг тригексифенидила гидрохлорида) – показан при всех формах паркинсонизма (постэнцефалитный, атеросклеротический, идиопатический, посттравматический, сифилитический) при экстрапирамидных нарушениях, вызванных нейролептиками, при болезни Литтла, болезни Паркинсона, спастических параличах, связанных с поражениями экстрапирамидной си-

стемы, в ряде случаев для понижения тонуса и улучшения движения при парезах пирамидного характера.

Противопоказания – глаукома, аденома предстательной железы, обструктивные заболевания ЖКТ, беременность, фибрилляция предсердий.

Способ применения и дозы: начальная доза составляет 1 мг в первый день, 2 мг во второй день, увеличивая затем дозу на 2 мг каждые 3 – 5 дней, до достижения оптимальной дозы. Обычная доза при паркинсонизме 6 – 10 мг/сутки, некоторым

больным с постэнцефалитным паркинсонизмом требуются средние дозы 12 – 15 мг/сутки. При медикаментозном паркинсонизме (вызванном нейролептиками) обычная доза составляет 5 – 15 мг/сутки. Для больных старше 65 лет суточная доза не превышает 10 мг.

При лечении экстрапирамидных синдромов у детей в зависимости от возраста и индивидуальной реактивности суточная доза составляет 1 – 6 мг.

Во всех вышеуказанных случаях суточная доза распределяется на 3 – 4 приема и на-

РОМПАРКИН

значается до или после еды, в зависимости от реакции больного: если вызывает выраженную сухость во рту, препарат назначается до еды. Жажда можно уменьшить мятными таблетками, жевательной резинкой или водой. Если больные принимали ранее другие симпатолитики, их замена Ромпаркином должна производиться постепенно, а не резкой отменой.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы "Ромферхим" в г. Москве по тел./факс: (095) 244 0954.

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 Valerianae*), 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 настоя-

щее 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 существенную 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 и физическая астения); при психо-эмоциональных расстрой-

ствах 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.



ЭГИС АО



Грандаксин (тофизопам) - атипичное бензодиазепиновое производное, является оригинальной разработкой Венгерского фармацевтического завода Эгис и поставляется в Россию вот уже 20 лет. Этот препарат сочетает в себе уникальные фармакологические свойства селективного анксиолитика и эффективного вегетокорректора, и в этом плане не имеет адекватных аналогов на российском фармацевтичес-

ком рынке. Специалисты с полным правом называют его стратегией преодоления стресса в современных условиях.

Грандаксин избирательно устраняет тревогу, эмоциональное напряжение, а также корректирует различные вегетативные нарушения, то есть влияет на различные звенья патогенеза психосоматических расстройств. Именно сочетание этих свойств и позволяет отнести его к эффективному и адекватным стресспротекторам, которые повышают устойчивость организма к травмирующему воздействию психических стрессов и улучшают качество жизни

пациента. Грандаксин помогает человеку в полном объеме выполнять профессиональные обязанности, не влияет на мышление, память, внимание, быстроту реакции. Он не потенцирует действие алкоголя, не вызывает привыкания и лекарственной зависимости. По мнению клиницистов, этот препарат в наибольшей степени соответствует критериям безопасности, хорошо переносится и не вызывает нежелательных эффектов. Поэтому он и не состоит в списках предметно-количественного учета и может быть выписан врачом на обычном рецептурном бланке 107-й формы.

ГРАНДАКСИН

Адреса представительств Завода ЭГИС АО в Российской Федерации:

123376 г. Москва, ул. Красная Пресня, 1-7, оф. 540; тел.: (095) 255 1447, 255 1792, 252 6402, 250 7180; факс: 956 2229;

E-mail: egis@sonnet.ru

195112 г. Санкт-Петербург, ул. Шпалерная, 51, оф. 421; тел./факс: (812) 329 7404, тел.: 329 7403.

344022 г. Ростов-на-Дону, ул. Суворова, 119/80, оф. 317; тел.: (8632) 653 127, тел./факс: 655 130

630049 г. Новосибирск, Красный проспект, 184, оф. 605; тел./факс: (3832) 166 533.

АСТРА



Геминеврин (клометиазол) оказывает седативное, снотворное и противосудорожное действие. Препарат показан при нарушении сна, спутанности сознания в сочетании с беспокойством у больных пожилого возраста, алкогольном делирии, выведении из алкогольного состояния, премедикации перед региональной анестезией, эпилептическом статусе, преэклампсии, эклампсии.

Абстинентный синдром, включая алкогольный делирий:

Большинство больных можно лечить, назначая клометиазол внутрь, но в тяжелых случаях необходимо капельное внутривенное введение препарата, которое позволяет быстро достичь желаемого эффекта. Начальная скорость введения должна составлять от 3 до 7,5 мл/мин пока не индуцируется поверхностный сон, из которого больной может быть легко выведен. Затем скорость введения должна быть уменьше-

на до поддерживающего уровня, обычно это от 0,5 до 1,0 мл/мин, так чтобы поддерживался поверхностный сон и самостоятельное дыхание пациента на фоне введения минимально возможной дозы.

Внутривенное введение длится в течение 6 – 12 часов. В течение этого периода вводится 500 – 1000 мл 0,8% раствора. Состояние сознания проверяется периодическим прекращением введения препарата. Сознание должно быстро проясняться после остановки введения препарата, однако, чем дольше вводится препарат, тем медленнее наступает прояснение сознания.

Преэклампитическая токсемия:

Геминеврин используется в качестве седативного средства и для увеличения судорожного порога.

Во время родов обычно требуется введение 0,5 – 0,75 мл/мин 0,8% клометиазола. Длительные инфузии не требуются, поскольку в большинстве случаев длительность родов не

превышает 24 часов.

Эклампсия:

Геминеврин используется для лечения и профилактики эклампсических приступов. Он может использоваться в сочетании с антигипертензивными препаратами. При развитии приступа необходимо введение клометиазола 0,8% со скоростью 5 – 10 мл/мин до купирования приступа. Как только удастся купировать приступ, необходимо снизить скорость введения до 0,5 – 1 мл/мин

Эпилептический статус:

Взрослые: скорость внутривенного введения 5 – 15 мл/мин до 40 – 100 мл 0,8% клометиазола. Это количество препарата прекращает судороги. В дальнейшем скорость инфузии зависит от реакции пациента, однако обычно требуется 0,5 – 1 мл/мин. Для того чтобы избежать дыхательной обструкции пациент должен обслуживаться в положении лежа на боку и поворачиваться каждые 2 часа.

Дети: начальная скорость введения препарата 0,01 мл/кг/мин (0,08 мг/мин).

Если приступ продолжается, то необходимо каждые 2 – 4 часа увеличивать дозу пока не удастся купировать приступ или не появится сонливость.

Противопоказания. Клометиазол противопоказан при острой дыхательной недостаточности и гиперчувствительности. Препарат нельзя использовать во время беременности, особенно во время первого и последнего триместра, если это только не оправдывается клинической ситуацией.

Побочные действия. Головные боли, утомляемость, тахикардия, потливость, нарушение температуры тела, тошнота, рвота. Расстройства дыхания, подавление кашлевого рефлекса, нарушения сердечного ритма, снижение АД, тромбофлебит (после инъекций), аллергические реакции.

Более подробную информацию о препарате Геминеврин можно получить в Представительстве фирмы "Астра" по адресу: 123610, Москва, Краснопресненская наб., д. 12; тел.: (095) 258 1400, факс: (095) 258 1442.

ГЕМИНЕВРИН

САНОФИ

sanofi

Транксен – эффективный противотревожный лекарственный препарат, является бензодиазепином с пролонгированным периодом полувыведения (в среднем 45 ± 10 часов), который быстро абсорбируется (максимальная концентрация в плазме основного катаболита – N-деметилдиазепама достигается через 0,75 – 1 час после применения лекарства). Быстрое действие, сочетающееся с анксиолити-

ческой эффективностью, делает этот медикамент препаратом выбора при лечении острых тревожных приступов, даже при приеме в таблетированном виде.

Режим дозирования. Взрослым в амбулаторных условиях назначают препарат в дозе 5 – 30 мг/сутки. При необходимости допускается увеличение дозы, но только в условиях стационара. Пожилым пациентам назначают 1/2 рекомендованной дозы. Детям препарат назначают в суточной дозе 0,5 мг/кг в несколько при-

емов. Длительность курса лечения устанавливают индивидуально.

Побочные эффекты встречаются редко, иногда отмечается сонливость, мышечная гипотония, парадоксальные реакции (раздражительность, агрессивность), синдром бредовой конфузии, тошнота, зудящие макулопапулезные кожные высыпания.

Противопоказания – дыхательная недостаточность, I триместр беременности, повышенная чувствительность к бензодиазепинам.

ТРАНКСЕН

Следует соблюдать осторожность при назначении Транксена больным миастенией. При необходимости отмены препарата его дозу следует снижать постепенно, во избежание развития синдрома отмены.

Форма выпуска: капсулы (5 мг, 10 мг дикалия клоразепата).

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы “Санofi” по адресу: 103045, Москва, Последний пер., 23/3, тел.: (095) 721 1400, факс: (095) 721 1411.

ОАО “ХИМФАРМКОМБИНАТ “АКРИХИН”

ФЛУОКСЕТИН-АКРИ



Акрихин

ОАО “Химфармкомбинат “Акрихин”, один из ведущих отечественных производителей готовых лекарственных средств, приступил к осуществлению импортозамещающей программы развития производства – расширенному выпуску препаратов дженериков, рассчитанную до 2000 г. Условия производства, соответствующие современным международным стандартам, позволяют производить высококачественные препараты, не уступающие по терапевтической эффективности импортным аналогам, но значительно более дешевые и доступные российскому потребителю.

Один из препаратов этой программы **Флуоксетин-Акри** – антидепрессант нового поколения, относящийся к ингибиторам обратного захвата серотонина. Среди заболеваний, затрагивающих функции центральной нервной системы, депрессия является одним из наиболее распространенных психических заболеваний, известных человечеству. По свидетельству ВОЗ около 30% пациентов,

обращающихся к врачам, имеют различные виды депрессии. Причем уровень заболеваемости растет в различных странах независимо от уровня их развития.

Как известно, долгие годы в психиатрической практике применялись трициклические антидепрессанты. К числу последних относятся в первую очередь – имипрамин и amitриптилин – так называемые “антидепрессанты первой генерации”. Препараты этой группы рассматриваются как наиболее надежные лекарственные средства в терапии депрессий. Однако в связи с рядом побочных эффектов, таких как нарушение сердечного ритма, нарушение аккомодации и др., обусловленных блокадой М-холинорецепторов, многие психиатры были неудовлетворены данной группой лекарственных средств.

Это привело к необходимости создания новых, более перспективных (с меньшим числом побочных эффектов) антидепрессантов, относящихся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. К числу последних и относится Флуоксетин-Акри, выпуск которого осво-

ен российским предприятием ОАО “Химфармкомбинат “Акрихин”. Препарат обладает принципиально новым механизмом действия, тормозит обратный захват серотонина из синаптической щели внутрь нейрона, без заметного влияния на доставку других нейромедиаторов – норадреналина, адреналина, дофамина. Это обуславливает развитие меньшего числа побочных эффектов при его применении, в отличие от трициклических антидепрессантов.

Основными показаниями к применению Флуоксетина-Акри являются умеренно выраженные и средне тяжелые депрессии (типа простой) с нерезкой тревогой и беспокойством, когда не требуется

седативный эффект, булимический невроз.

Клинические испытания препарата Флуоксетин-Акри в психиатрических клиниках г. Москвы, показали высокую эффективность этого лекарственного средства, аналогичную зарубежным препаратам, содержащим Флуоксетин.

Сейчас препарат проходит расширенные пострегистрационные испытания в ведущих психиатрических и неврологических институтах г. Москвы, в том числе на возможность применения при лечении соматических депрессий.

Мы уверены, что отечественный антидепрессант нового поколения будет широко применяться в лечении одного из серьезнейших заболеваний нашего времени и поможет многим поправить здоровье.

По вопросам оптовых закупок препаратов обращайтесь по:
тел.: (095) 702 9387,
702 9360, 702 9524;
тел./факс: (095) 702 9503, 702 9338.



ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МУКОДИН ПРИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

В. О. Самойлов, Т. Е. Гембицкая, Л. Ф. Ковалева, М. Е. Фаустова, Л. Д. Кирюхина, ГНЦП МЗ РФ

Первой реакцией слизистой трахеобронхиального дерева на внедрение повреждающего агента (инфекционной или неинфекционной природы) является развитие воспалительной реакции с гиперсекрецией слизи. При этом наблюдается перестройка слизистой оболочки, в том числе существенные изменения строения и функции бокаловидных клеток и реснитчатого эпителия, что первоначально носит защитный характер, но при хронизации процесса приводит к нарушениям мукоцилиарного клиренса. Нормализация реологических параметров и состава секрета – основная задача специалиста в подобных случаях, решение которой на практике бывает достаточно сложным, так как, несмотря на значительное количество модулирующих и регулирующих выработку секрета лекарственных средств, лишь очень немногие из них эффективно осуществляют мукорегуляцию. Новые лекарственные формы, в частности, **Мукодин**, содержащий S-карбоксиметилцистеин, позволяют добиться значительных успехов в этом направлении.

Строение и функция слизистой оболочки трахеобронхиального дерева в норме и при различных патологических состояниях

В норме слизистая оболочка трахеобронхиального дерева состоит из поверхностного эпителия, базальной мембраны, собственной пластинки, мышечного и подслизистого слоя.

Многоярядный поверхностный эпителий в трахее и бронхах превращается в одноярядный в терминальных бронхиолах и альвеолярных ходах, и состоит из реснитчатых, бокаловидных, промежуточных и базальных клеток. Нормально функционирующий бронхиальный эпителий продуцирует бронхиальный секрет, играющий важную роль в защите бронхиального дерева от экзогенных вредностей. В состав бронхиального секрета входит преимущественно вода (95%), белки (3%), липиды (1%) и ионы (1 %) (Na⁺, Cl⁻, Ca²⁺ и др.).

В белковом компоненте особое значение придается гликопротеинам (муцинам), принадлежащим к двум различным подтипам: нейтральным (фукомуцинам) и кислым (сиаломуцинам и сульфамуцинам). Вязкость и эластичность секрета зависят от наличия соответствующего водного содержимого и, особенно, от соотношения кислых и нейтральных муцинов. При различных острых и хронических бронхолегочных воспалительных заболеваниях существенно увеличивается как число бокаловидных клеток, так и площадь их распространения. Соотношение реснитчатых и бокаловидных клеток достигает 5:1, вместо 10:1 (в норме), значительное количество последних появляется в терминальных бронхиолах.

Морфологическим изменениям слизистой (железистая гипертрофия и гиперплазия) со-

ответствуют качественные и количественные секреторные функциональные изменения.

Повышается выработка секрета (гиперсекреция), изменяется его химический состав – сдвиг в сторону преобладания нейтральных муцинов и уменьшения кислых. Последнее приводит к повышению вязко-эластических свойств бронхиального секрета. До определенного момента гиперпродукция слизи носит защитный характер, но при прогрессировании процесса неизбежно нарушается дренажная функция бронхов. Вязкая слизь затрудняет движение (биение) ресничек мерцательного эпителия, замедляя скорость мукоцилиарного клиренса, способствует проникновению и адгезии пневмотропных бактерий в слизистую бронхиального дерева.

Скопление бронхиального секрета снижает и местные иммунологические процессы, главным образом, за счет уменьшения образования секреторного IgA. Наряду с увеличением объема и вязкости мокроты у больных с хронической обструктивной болезнью легких наблюдается снижение ее эластичности вследствие повышения активности протеолитических ферментов бактериального происхождения и нейтрофильной эластазы лейкоцитов, а, возможно, и функциональной неполноценности секреторного α₁-ингибитора протеиназ.

Таким образом, результаты современных исследований свидетельствуют о существовании различных вариантов нарушения мукоцилиарного клиренса, связанных с изменениями характера мокроты и/или дискоординацией деятельности реснитчатого эпителия. Возможность нацеленного фармакологического воздействия на секреторную функцию муциногенной клетки представляет собой главное условие положительного исхода терапевтического вмешательства при "секреторных заболеваниях" дыхательного аппарата.

Терапевтический выбор при подобных патологических состояниях отнюдь не однозначен, поскольку недостаточное восстановление реологических свойств секрета делает неэффективной или же полностью неактивной работу ресничек мерцательного эпителия.

Мукоактивные препараты (Классификация и терапевтическая роль)

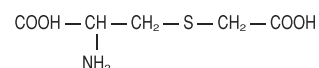
Данным термином определяют препараты, способные воздействовать на секреторную активность слизистой или на секрет при помощи различных механизмов. Это достаточно гетерогенный фармакологический класс (см. таблицу).

Среди специфических мукоактивных средств, обладающих непрямым действием, особенный интерес представляет категория препаратов, способных изменять как вязкость секрета (муколитическое действие), так и увеличивать синтез сиаломуцинов (мукорегулирующее действие).

К числу таких препаратов относится карбоцистеин. Это единственный препарат среди мукоактивных средств, обладающий одновременно мукорегулирующим и муколитическим эффектом.

Мукодин является монопрепаратом, содержащим S-карбоксиметилцистеин (S-кМ-цис).

S-карбоксиметилцистеин – S замещенное



производное L-цистеина. Препарат не содержит свободных -SH групп. Мукодин воздействует непосредственно на вырабатывающие секрет клетки, находящиеся в подслизистом слое. Основным механизмом его действия заключается в активации сиаловой трансферазы (фермента бокаловидных клеток слизистой бронхиального дерева), что благоприятствует нормализации синтеза сиаломуцинов (соотношения кислых и нейтральных фракций, уменьшает количество нейтральных гликопептидов и увеличивает количество гидроксисилопептидов), восстанавливает такие реологические параметры как вязкость и эластичность. Анатомопатологическая картина слизистых желез после лечения карбоцистеином подтверждает его специфическое действие, поскольку наблюдается сокращение гипертрофии слизистых желез и количества бокаловидных клеток, особенно в терминальных бронхиолах, т. е. уменьшается количество секрета. Кроме того восстанавливается нарушенная секреция активного иммуноглобулина А, улучшается мукоцилиарный клиренс за счет активации реснитчатого эпителия. Кроме прямого воздействия на муциногенную клетку, были выявлены и другие эффекты: антихемотаксический, противоокислительный и ионорегуляторный.

Нормализация реологических параметров и состава секрета происходит чаще всего в первые дни лечения, максимальный уровень в сыворотке крови и в слизистой дыхательных путей достигается ко второму часу от момента приема и сохраняется в слизистой в течение 8 часов.

Полное выведение происходит через 3 суток, преимущественно с мочой. Действие Мукодина распространяется на поврежденную слизистую верхних и нижних дыхательных путей, придаточных пазух носа, среднее и внутреннее ухо.

Клиническое изучение препарата Мукодин

Клиническое изучение терапевтической эффективности препарата Мукодин 375 мг (капсулы) и 2,5% 200 мл сироп для детей проведено у 30 больных, страдавших различной

Классификация мукоактивных препаратов по их прямому или непрямому воздействию на бронхиальный секрет

Прямое воздействие	Препараты, разлагающие полимеры секрета (муколитики)	Тиолы	Месна Ацетилцистеин Цистеин этилцистеин альфа-муркаптопропионилгидцин
		Протеолитические энзимы	Трипсин альфа-химотрипсин стрептодорназа стрептокиназа серратиопептидаза
		Другие	мочевина аскорбиновая кислота гипертонические солевые растворы неорганический йод
Непрямое воздействие	Препараты, действующие на биомолекулярную структуру муцинов и регулирующие выработку секрета (мукорегуляторы)		Карбоцистеина лизиновая соль Карбоцистеин Степронин Летостеин
	Препараты, изменяющие клейкость слизистой оболочки (поверхностно-активные и разжижающие средства)		Бромгексин Амброксол Собрерол Домиодол Тилоксапол Натрия бикарбонат
	Летучие бальзамы (бронхорроики)		пинены терпены метаны феноловые производные гваифенезин
	Препараты, стимулирующие гастропульмонарный рефлекс (отхаркивающие)		ипекакуана хлорид аммиака натрия цитрат
	Препараты, изменяющие активность бронхиальных желез		антигистаминные кортикостероиды бета2-агонисты ипратропиум бромид

легочной патологией: хронической обструктивной болезнью легких (16), муковисцидозом (14) в возрасте от 11 до 36 лет. Всем пациентам проведен 14-дневный курс лечения, 1-я неделя по 2 капсулы. 3 раза в день, 2-я неделя по 1 капсуле. 3 раза в день, у детей до 12 лет соответственно 1-я неделя по 2 ч. л. 2,5% сиропа 4 раза в день и по 1 ч. л. 2,5% 3 раза в день. Заключение об эффективности лечения проводилось на основании:

- субъективной оценки больными своего состояния (согласно предложенному дневнику-анкете), оценки врача-исследователя при осмотре больного в 1-й и 14-й день;
- оценки характера и количества выделяемой мокроты;
- определения реологических свойств мокроты до и после лечения;
- определения показателей функционального исследования внешнего дыхания в динамике (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС 50) в начале и конце лечения.

Результаты исследования

Отмечается облегчение отхаркивания, уменьшение кашля, количества хрипов в легких.

У большинства больных наблюдалось увеличение суточного количества мокроты начиная с 3–4 дней лечения, максимальное количество мокроты зарегистрировано с 7–9 дня от начала лечения, к концу курса у двух больных с ХОБЛ мокрота отсутствовала. Характер мокроты изменился у большинства больных. К концу лечения мокрота стала слизистой. Тенденция к нормализации реологичес-

ких свойств замечена у больных обеих групп (МВ и ХОБЛ).

Тесты, оценивающие функцию легких, демонстрируют увеличение скоростных показателей и ЖЕЛ лишь у отдельных больных, что несомненно связано с исходно стойкими нарушениями вентиляции у них.

Переносимость Мукодина была хорошей, только у одной больной отмечена аллергическая сыпь.

Все вышесказанное позволяет сделать вывод, что Мукодин является эффективным мукорегулирующим средством и должен применяться у больных с бронхолегочной патологией при секреторных нарушениях.

Показания к применению

Заболевания верхних и нижних дыхательных путей, придаточных пазух носа, среднего и внутреннего уха, сопровождающиеся нарушениями образования, транспорта слизи и (или) повышенной вязкостью секрета.

Мукодин рекомендуется назначать детям и взрослым при острых, рецидивирующих бронхитах, пневмониях, хронических бронхитах, бронхиальной астме, бронхоэктатической болезни, хронической обструктивной болезни легких, муковисцидозе (легочной, смешанной формах), синдроме «неподвижных ресничек», синдроме Зиверта-Картагенера, при подготовке к бронхоскопии, бронхографии, в послеоперационном периоде у лиц, перенесших операцию на легких, у детей при коклюше.

В ЛОР-практике при синуситах, риносинуситах, остром среднем отите.

Способ применения и дозы

Взрослые: Начальная доза по 2 капсулы (375 мг) три раза в сутки или 15 мл 5% сиропа (3 чайные ложки) 3 раза в сутки. При наступлении эффекта доза сокращается до 1 капсулы три раза в сутки или 10 мл 5% сиропа (2 чайные ложки 3 раза в сутки). Капсулы не разжевывать, запивать жидкостью.

Дети: В возрасте 2–5 лет: 2,5–5 мл сиропа для детей 2,5% (1/2 чайной ложки) 4 раза в сутки. В возрасте 5–12 лет: 10 мл сиропа для детей 2,5% (2 чайные ложки) четыре раза в сутки или 5 мл сиропа 5% (1 чайная ложка) четыре раза в сутки.

Для больных диабетом следует помнить, что 1 столовая ложка сиропа соответствует 6 г сахарозы. Длительность курса лечения определяется врачом (в среднем 7–10 дней) при острых инфекциях, при хронических – до 3 недель и более.

Противопоказания

Гиперчувствительность к карбоцистеину, язвенная болезнь желудочно-кишечного тракта в фазе обострения.

Побочные эффекты

Редко наблюдаются. Среди них отмечают головную боль, тошнота, эритема кожи – при непереносимости карбоцистеина. Тошнота, диарея, кровотечение у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Меры предосторожности

Осторожность применения у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, острым гломерулонефритом и острым циститом. Не следует назначать беременным женщинам и женщинам в период кормления грудью, несмотря на отсутствие эмбриотоксического эффекта.

Взаимодействие с другими веществами

Имеются литературные данные о повышении эффективности антибактериальной терапии при сочетанном применении с Мукодином, препарат потенцирует бронхолитический эффект группы теофиллина, отмечен синергизм при комбинации с глюкокортикоидами.

Форма выпуска

Выпускается в упаковках по 30 капсул (375 мг) и флаконах по 200 мл сиропа 2,5% и 5%.

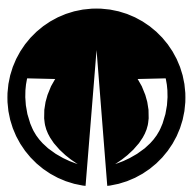
Более подробную информацию о препарате Мукодин можно получить по тел./факс: (095) 974 1239, 974 1259.

По вопросам закупок и приобретения препарата следует обращаться в ОАО «Фарми-мэкс»:

Центральный офис: 101423, Москва, ул. Большая Дмитровка, 7/5, тел.: 292 4848, факс: 292 9889;

Аптечный склад: 127411, Москва, Дмитровское ш., 110, тел.: 485 0009, 485 0011, факс: 485 0590, 485 2590.





Российская Академия Медицинских наук НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Научный центр психического здоровья РАМН и Ассоциация помощи жертвам болезни Альцгеймера информирует о том, что 18 – 20 октября 1999 года состоится **Вторая Российская конференция по проблемам геронтологической психиатрии “Болезнь Альцгеймера и старение (современное состояние проблемы и перспективы развития)”**. В ходе конференции будет освещаться широкий круг проблем, связанных с вопросами патогенеза, диагностики, терапии и обслуживания больных, страдающих болезнью Альцгеймера и другими деменциями, а также возрастными нарушениями когнитивных функций. В конференции примут участие ведущие ученые и организаторы здравоохранения России и стран СНГ, а также ведущие зарубежные специалисты.

Предполагается публикация сборника материалов, в который войдут пленарные лекции и тезисы докладов, одобренные Научным комитетом конференции.

Во время проведения конференции будет работать выставка, в которой предполагается участие ведущих фармацевтических фирм, а так же фирм, выпускающих медицинскую технику и предметы ухода за больными.

В период проведения конференции будет проведен учебный курс (цикл лекций и практические занятия) по современным клиническим и параклиническим (нейроинтраскопия, ЭЭГ-картирование, нейропсихологическая диагностика и др.) подходам к диагностике болезни Альцгеймера и других деменций позднего возраста, а также пограничных психических расстройств у пожилых и возрастных нарушений когнитивных функций.

Регистрационный взнос* до 1.05.99 – 30 USD (в рублевом эквиваленте на день оплаты), после 1.05.99 – 50 USD.

Стоимость участия в учебной программе – 100 USD (в рублевом эквиваленте) для российских и 200 USD для зарубежных участников.

Заявки для участия в учебном курсе принимаются до 1 сентября 1999 года.

Оплата должна быть перечислена не позднее 1 октября 1999 года.

Заявки на гостиницу (гостиница РАМН) принимаются до 10 сентября при условии оплаты регистрационного взноса.

Регистрационный взнос и оплату участия в учебном курсе необходимо перевести на счет Ассоциации помощи жертвам болезни Альцгеймера:

р/с 40703810000050000003

к/с 30101810200000000739

БИК 044583739

Филиал “Агрегат” ИКБ “Масс Медиа Банк”

* По решению Оргкомитета молодые ученые (до 35 лет) и приглашенные докладчики могут быть освобождены от уплаты регистрационного взноса. Молодые ученые должны представить в Оргкомитет (одновременно с заявкой об участии и просьбой об освобождении от оргвзноса) письмо-рекомендацию от своего научного руководителя, заверенное печатью учреждения.

Адрес Оргкомитета конференции: 115522 Москва, Каширское шоссе, 34 НЦПЗ РАМН, Оргкомитет, конференция “Болезнь Альцгеймера и старение”.

Контактный телефон: (095) 324 9615, факс: (095) 114 4925

e-mail: gavriloa@adonis.iasnet.ru

ГНЦСиСП им. В. П. Сербского

Объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

руководителей (докторов наук) Отделения психосоматических расстройств; Отдела пограничной психиатрии; Лаборатории клинической нейрофизиологии; Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях. Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья;

ведущих научных сотрудников (докторов наук) Отделения профилактики общественно опасных действий психически больных; Отделения новых лекарственных средств и методов терапии Отдела пограничной психиатрии; Лаборатории нейрхимии; Лаборатории клинической нейрофизиологии; Отделения психогенных расстройств Отдела судебно-психиатрических проблем подросткового возраста;

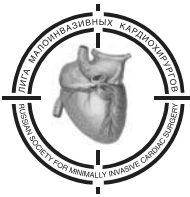
старших научных, научных и младших научных сотрудников Научно-организационного отдела; Отдела эпидемиологических и организационных проблем; клинических отделений и лабораторий.

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в Москве и ближнем Подмосковье. Срок подачи документов - 1 месяц с момента публикации объявления.

Адрес: 119839, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН кафедры социальной и судебной психиатрии ФГПО ММА им. И. М. Сеченова на 1999 год (база: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, Кропоткинский пер., 23, тел.: 201 7070, 201 3555)

Социальная и судебная психиатрия (выездной, сертификационный, заочно-очный) г. Чебоксары	15 (45) дней 24.05 - 04.06 (01.03 - 04.06)
Социальная и судебная психиатрия (выездной, сертификационный, заочно-очный) г. Оренбург	15 (45) дней 06.09 - 17.09 (17.05 - 17.09)
Социальная и судебная психиатрия (выездной, сертификационный, заочно-очный) г. Томск	15 (45) дней 27.09 - 08.10 (24.05 - 08.10)
Социальная и судебная психиатрия (сертификационный цикл для общих и судебных психиатров) г. Москва	45 дней 18.10 - 26.11
Социальная и судебная психиатрия (для юристов, следователей) г. Москва	15 дней 29.11 - 10.12
Медицинская и судебная психология (для психологов, работающих в психиатрии) г. Москва	15 дней 14.12 - 24.12



УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР МАЛОИНВАЗИВНОЙ КАРДИОХИРУРГИИ

На пороге нового тысячелетия многое из того, что еще десять лет назад не являлось предметом даже самых смелых фантазий, приобретает реальные очертания и становится осязаемым. Одним из таких «чудес» является эндоскопическая кардиохирургия, популярность которой стремительно растет. Мировая практика позволяет с уверенностью говорить о ее ощутимых преимуществах перед традиционной техникой операций на остановленном сердце и с искусственным кровообращением. Прежде всего - это возможность выполнять операции на работающем сердце, их малотравматичность, низкий процент осложнений и, что немало важно, низкая себестоимость.

Приятно отметить, что в России развитие этого направления идет не только без отставания, но и с достаточно большим опережением. Немалая заслуга в этом принадлежит группе профессора Г. П. Власова, возглавляющего отделение неотложной кардиохирургии в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского и отделение сердечно - сосудистой хирургии Городской клинической больницы № 15. Именно этой группе отечественных хирургов принадлежит основной опыт применения широкого спектра малоинвазивных технологий с эндохирургической поддержкой.

Накопленный опыт и хорошие результаты дают основания для широкой популяризации методик малоинвазив-

ной кардиохирургии. Именно с этой целью в октябре 1998 года была создана научная общественная организация «Лига малоинвазивных кардиохирургов».

Одним из основных направлений работы этой организации является образовательная деятельность. В организованном на базе НИИ СП им. Н. В. Склифосовского и Городской клинической больницы № 15 (г. Москва) Учебном Центре разработана программа, предусматривающая ознакомление с методиками малоинвазивной реваскуляризации миокарда и эндохирургической техникой мобилизации основных артериальных кондуитов. Занятия проводятся в клиническом, экспериментальном и патологоанатомическом отделениях. Программа полного обучения состоит из двух курсов, продолжительностью по две недели каждый:

начального, рассчитанного на врачей, не обладающих опытом эндоскопической хирургии;

расширенного, предназначенного для специалистов, уже знакомых с эндоскопической техникой.

По окончании курсов выдается сертификат установленного образца.

Более подробную информацию о курсах вы сможете получить по адресу: 129010, г. Москва, Сухаревская площадь д. 3, к. 6, оф. 614, тел./факс. 929 1142, 375 1345.

Адрес в Интернете www.rsmics/ru.

Медоборудование из клиник Германии

в отличном состоянии, с гарантией, дешево!

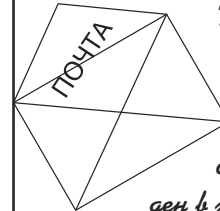
Список в интернете: <http://www.v-block-medserv.de>

Например: Рентгеновский аппарат передвижной Philips MSD 105 от 21 тыс. USD

Тел.: 8-10-49-911-4801312

Факс: 8-10-49-911-4801311

V-Block Medical Service Nürnberg



Уважаемая редакция!

Мне 70 лет. В ГКБ №4 Москвы у меня был обнаружен кровотокающий полип в толстом отделе кишечника. Я был переведен в хирургическое отделение той же больницы, где мне была сделана спайная операция. Она длилась более пяти часов. Операцию делали блестящий хирург Василь Игорь Борисович и анестезиолог Вера Сергеевна Некрасова.

Вот этим двум эксклапнат хочу выразить сердечную благодарность за то, что они отвели от меня кошмарную смерть, за высокий профессионализм, золотые руки, добрые души!

Вместе с тем хочется отметить хорошую работу проктолога Спизцер Марии Рафаэловны, безошибочно установившей диагноз, Винокурова Валентина Алексеевича, заведующего отделением терапии, лечащего врача Лушкина Сергея Владимировича, медицинских сестер, Зяя Аси, Гордалева Ларисы, Савельевой Веры, которые выходили меня после такой спайной операции.

Низко кланяюсь всему коллективу сотрудников отделений терапии и хирургии.

А. Е. Степичин., Москва

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издается 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. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445

www.dataforce.net/~hospital; E-mail - hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

Цена
договорная