

# ГОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!*

# БОЛЬНИЦА

№ 10  
1998

**НАУКА И  
ПРАКТИКА  
МОСКОВСКАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ  
БОЛЬНИЦА № 15**

стр. 3 - 9

**Закон  
“Об иммуно-  
профилактике  
инфекционных  
болезней”  
принят.  
Что дальше?**

стр. 12

**ИСТОРИЯ**



**МОСКОВСКИЕ БОЛЬНИЦЫ**

стр. 14 - 15



*Профессор С. И Гаврилова: “Очень важно правильно и вовремя диагностировать болезнь Альцгеймера. Сегодня нет средств для полного ее излечения, но есть способы существенно замедлить развитие”.*

стр. 5 - 7



**С 3 по 5 ноября в Санкт-Петербурге пройдет Первый Всероссийский съезд средних медицинских работников. Его цель - обсудить важнейшие проблемы и наметить стратегию развития сестринского дела в нашей стране. Проведение съезда инициировано Межрегиональной ассоциацией медицинских сестер, большую работу по его подготовке и организации взял на себя Минздрав РФ.**

**В преддверии этого важного события мы встретились с деканом факультета высшего сестринского образования ММА им. И. М. Сеченова профессором Галиной Михайловной Перфильевой. Мы попросили ее рассказать о съезде, о надеждах с ним связанных.**

## Первый Всероссийский съезд медсестер

Съезд - это уникальная возможность для всех нас, руководителей сестринских коллективов, лидеров ассоциаций, преподавателей медицинских учебных заведений, представителей органов управления здравоохранения, собраться и обсудить пути решения накопившихся проблем сестринского дела.

Предстоит непростая работа, но, несмотря на сложное для страны и нашей отрасли время, откладывать ее дальше нельзя. В заложниках многолетнего невнимания к работе среднего персонала оказались не только медицинские сестры, но и больные, лишенные квалифицированного ухода, врачи, возложившие на себя многие сестринские функции и уже практически не замечающие этого, да и вся система здравоохранения в целом.

России нужна единая государственная политика в отношении сестринского дела. В этой связи Минздравом РФ было поручено группе экспертов разработать проект Государственной программы развития сестринского дела в России для обсуждения его на съезде. Такой документ подготовлен, в нем определены основные задачи, приоритеты и направления развития сестринского дела в стране, впервые сформулированы ключевые понятия "Сестринское дело" и "Сестринский персонал". В июне в Санкт-Петербурге на совещании представителей региональных сестринских ассоциаций и советов медсестер уже состоялось первое обсуждение проекта этого важного документа. Задача делегатов предстоящего съезда - критично рассмотреть его содержание и внести необходимые коррективы и дополнения.

Активно готовятся к съезду профессиональные сестринские ассоциации и союзы. Координирует их работу правление Межрегиональной ассоциации медсестер России во главе с президентом Валентиной Саркисовой. Межрегиональная ассоциация объединяет

сегодня 18120 членов из 59 территорий России. За сравнительно короткий период времени ассоциацией подготовлен ряд важнейших документов, получивших признание и распространение по всей стране: Этический кодекс медицинских сестер России, сборники стандартов практической деятельности медицинских сестер и др. Ассоциация наладила хорошие деловые контакты с рядом национальных и международных сестринских ассоциаций. На съезде ожидается также участие наших зарубежных коллег.

Пользуясь возможностью, хочу сказать вот еще о чем. В январе 1999 года возобновляет свою работу профессиональный журнал "Медицинская сестра". В течение 50 лет, с 1942 по 1992 год, этот журнал был единственным профессиональным сестринским периодическим изданием, самым тиражным и самым читаемым. Создавая журнал в трудные военные годы, тогдашнее руководство здравоохранения осознавало его жизненную необходимость для медицинских сестер, как единственного источника профессиональной информации.

Сегодняшний кризис в стране сопоставим с самыми тяжелыми периодами нашей истории, и может показаться просто нереальной сама идея возрождения журнала в нынешних условиях. Однако именно в сложившейся ситуации "Медицинская сестра" станет незаменимым помощником в работе не только медицинских сестер, но и врачей, руководителей здравоохранения, которые стремятся сохранить и совершенствовать сестринские службы. Журнал познакомит своих читателей со всем новым, что происходит в сестринской науке и практике в стране и мире, даст совет по рациональной организации сестринских служб и эффективно использованию кадров. Для преподавателей журнал будет ценным ресурсом учебных материалов.

**27 - 31 ОКТЯБРЯ 1998, МОСКВА, «МАНЕЖ»**



**Пятая международная специализированная выставка «АПТЕКА 98»**

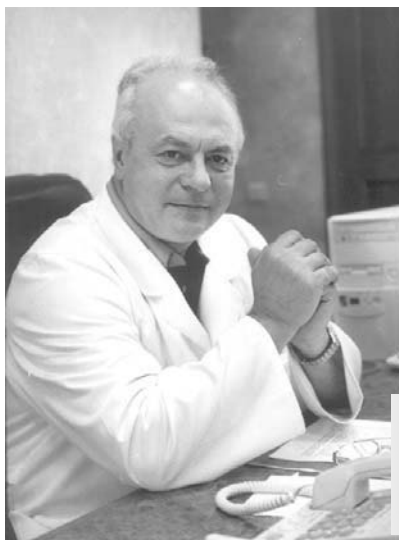
**Патронаж:** Минздрав России, Правительство Москвы

**Количество участников** - более 150

**География** - более 20 стран мира: Россия, Германия, США, Великобритания, Швейцария и др.

**Организаторы выставки:** MESSE-SERVICE INTERNATIONAL, ФАРМИМЭКС

**Официальный спонсор выставки:** Центр Внедрения ПРОТЕК



*В психиатрической клинической больнице №15 мы побывали через день после знаменитого московского урагана. На первый взгляд показалось, что он миновал стороной эту территорию, отгороженную от внешнего мира массивными стенами. На самом деле ураган похозяйничал и здесь, но справились с этим довольно быстро. И больные, как нам сказали, "острых реакций не дали" - наоборот, даже как-то собрались. Похоже, в этой детали отразился общий стиль работы коллектива этого лечебного учреждения - несуетливый и непоказной.*

*Больница является клинической базой НИИ общей и судебной психиатрии им. Сербского и кафедры психиатрии ММСИ им. Семашко. Но главное, чем непохожа она на другие, - наличием двух уникальных подразделений: центра изучения и лечения болезни Альцгеймера и медико-педагогического лечебно-реабилитационного подросткового центра. Их существование - заслуга администрации больницы.*

*Мы попросили главного врача Николая Павловича Герасимова рассказать о некоторых тревожащих его проблемах.*

## НЕРЯДОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЫЧНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Лечебное учреждение - это не стены, а люди, которые в них работают. Сейчас у нас в два раза меньше сотрудников, чем положено по штатному расписанию. Не хватает не только санитарок и медсестер, но и врачей-психиатров: многие предпочитают идти в поликлиники, где больше надбавок, в сексопатологические, косметические кабинеты, в частную практику. Думаю, что свою роль в падении престижа профессии сыграли также многочисленные публикации в прессе, посвященные теме "карательной психиатрии". Вот и получилось, что всю работу держат на своих плечах, в основном, "старые кадры", работающие со дня основания больницы. Зато ими действительно можно гордиться: весь врачебный состав аттестован, сертифицирован, а 40% врачей имеют высшую категорию.

Основными критериями в деятельности больницы являются: высокий профессионализм; гуманное отношение к пациентам; неукоснительное соблюдение прав душевнобольных; создание и поддержание здорового психологического климата в коллективе; профилактика всех чрезвычайных ситуаций в отделениях.

Наша подростковая служба (включающая три отделения и Центр) - единственная в городе. Остальные отделения - для взрослых; четыре из них можно было бы назвать геронтологическими, но официально они таковыми у нас не значатся.

Мы понимали, что больных пожилого и старческого возраста, как правило, со специфическими заболеваниями, не следует содержать рядом с более молодыми, возбужденными, громко кричащими и не спящими. К тому же у пожилых обычно присутствует еще и ряд соматических заболеваний, которые нельзя оставлять без внимания. Однако соответствующих врачебных ставок в психиатрических больницах недостаточно, нам положен, например, один невропатолог на 500 коек. Таким образом, лечение непсихиатрических заболеваний пожилых как бы не предусматривается, однако все случаи смерти больных у нас происходят именно из-за их соматических заболеваний.

Вместе с тем, существует приказ Минздрава об открытии геронтологических отделений, в которых предусмотрено все, что нужно, в том числе ставки терапевта и невропатолога непосредственно в структуре отделения. И только одна, казалось бы,

незначительная деталь практически заблокировала его действие (и не только у нас - во всех психиатрических больницах). Дело в том, что психиатрические сестры и санитарки имеют право выхода на пенсию в 50 лет, а геронтологические - по этому приказу - лишены такой привилегии. Вот и получается, что стоит нам перепрофилировать отделения, мы лишимся большей части сотрудников.

Нас беспокоит и судьба многих выписанных больных, особенно сейчас, когда в обществе обострились социальные проблемы. К сожалению, мы не знаем никакой благотворительной или иной организации, которой мы могли бы "передать на попечение" социально неадаптированного, без определенного местожительства больного (таких у нас бывает по 3 - 4 в каждом отделении). Очень тяжело выписывать фактически "на улицу" людей, у которых, например, обманом отняли квартиру. Осенью и зимой, помыкавшись, они нередко возвращаются к нам и мы стационарируем их по социальным показаниям - такое право нам дал Комитет здравоохранения Москвы.



## ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА



**В 23-е женское гериатрическое отделение 15-й психиатрической больницы госпитализируются больные средней тяжести - те, кто может передвигаться и частично себя обслуживать. В приемном отделении телефон звонит не умолкая: родственники стариков и старушек, измученные каждодневным уходом, тяжело переживающие нарастающий распад личности близкого человека, просят хотя бы на короткий срок облегчить их ношу, дать небольшую передышку.**

**И действительно, попасть сюда - большая удача. Здесь уютно и красиво, с колен старушек не слезает постоянно прописанное психотерапевтическое средство - большой ласковый кот. Особой популярностью пользуется у пациенток хорошее пение, а по пятницам все желающие могут участвовать в православном богослужении.**

**Как живет такое отделение, как удается справляться с возникающими проблемами рассказал корреспонденту "Больницы" его заведующий Ю. М. Ершов.**

Наше отделение укомплектовано кадрами хорошо, практически на 75%, тем не менее определенные проблемы остаются: не все могут приспособиться к работе со старческим контингентом. Один пример: каждое утро в стирку сдается по 8 огромных мешков белья, тогда как в других, аналогичных по мощности отделениях, - по одному-два. Легко представить, какой объем работы приходится выполнять санитаркам и сестре-хозяйке! Мы тщательно следим за внешним видом больных, стараемся обеспечивать достойные условия их пребывания.

К счастью, руководство больницы уделяют огромное внимание нашему отделению и понимают его специфику. Благодаря этому в последнее время мы получили посудомоечную и стиральные машины, другую технику. В палате, где лежат наиболее тяжелые, требующие особенного ухода больные, установлен очень дорогой двойной кондиционер с уничтожением запахов. В другой палате работает аппарат "Поток-150М" - дитяще конверсионного производства, прекрасно показавший себя при эксплуатации на космической станции "Мир". Он круглые сутки прогоняет через себя 150 кубометров воздуха в час, озонируя его и уничтожая микрофлору. Вскоре у нас будет еще один новый аппарат - "Дельфин", который очищает воздух, пропуская его через резервуар с водой. Недешево обошелся администрации больницы электрический подъемник, с помощью которого можно, например, транспортировать к ванне тяжелую больную. Не отказывают нам и в закупке нужных препаратов.

Мы постоянно приглашаем специалистов из числа сотрудников больницы для консультаций. Привлекаются терапевты, невропатологи, урологи, дерматологи, ЛОР-специалисты, гинекологи; при необходимости наших больных осматривает онколог.

Лишь в крайних случаях мы вызываем консультативные бригады города. В случае разившегося инфаркта миокарда, например,

мы обязаны перевести нашу пациентку в специализированное учреждение. Но, к сожалению, нередко принимаем ее обратно с прогрессирующим, ухудшившимся общим соматическим и психическим состоянием. Перевод наших больных в городские стационары по поводу инсульта также, как правило, не приводит к хорошему результату. Поэтому и предпочитаем, получив необходимые назначения специалистов, выхаживать больных у себя. И нам это неплохо удается: постинсультные больные погибают очень редко.

Мы, к счастью, имеем возможность получать научно-методическую помощь от Центра психического здоровья и конкретно - руководителя Центра изучения и лечения болезни Альцгеймера профессора С. И. Гавриловой, ученицы знаменитого геронтопсихиатра Эриха Яковлевича Штернберга, приемницы традиций его школы. Светлана Ивановна является почетным профессором многих зарубежных академий и университетов. Ей удалось собрать "под свое крыло" молодых одаренных геронтопсихиатров и - самое главное - организовать амбулаторную службу, где больных принимают ее научные сотрудники.

Наше отделение в шутку прозвали "профессорско-медицинским". Достаточно зайти в любую палату, чтобы найти подтверждение. Вот, справа - знаменитый кардиолог, ученица академика Ланга, почти 60 лет она заведовала крупнейшим отделением. Рядом с ней - бывший ведущий хирург, главный консультант комбината "Правда", ей 83 года. Идем дальше: на одной койке бывший главный эпидемиолог, затем врач-микробиолог, рядом - терапевт, за ней - заведующая детским отделением. Это, конечно, не значит, что медики страдают атрофическими заболеваниями чаще, чем другие. Просто мы считаем своим долгом, как только можем, помогать коллегам, предоставляя им часть "бесплатных" коек - у нас их 10%. Для остальных коек предусматривается частичная оплата из средств больного или его родственников.





Центр изучения и лечения болезни Альцгеймера был создан усилиями коллектива ученых НЦ психического здоровья РАМН и администрации психиатрической больницы № 15. Возглавила его доктор медицинских наук, профессор Светлана Ивановна Гаврилова. В уникальном для страны учреждении, применяя новейшие методики, проводят терапию этой болезни, задерживая развитие ее проявлений и отдаляя неизбежный исход.

Экспертами ВОЗ болезнь Альцгеймера признана источником значительных социальных, экономических и психологических проблем, стоящих перед обществом. В США ею страдают около 2,5 миллионов человек, в Великобритании - 600 тысяч. Содержание таких больных в американских больницах и закрытых учреждениях обходится в 20 млрд. долларов в год.

Статистические данные по России отсутствуют, если не считать двух исследований, проведенных сотрудниками Центра в некоторых районах Москвы. Однако в столице - самом "пожилом" городе - проблема уже встала во весь рост. И кто знает, сколько стариков было бы обречено на деградацию, если бы не подвижнический труд сотрудников Центра, деятельность которого уже приобрела заслуженную известность среди больных и их родственников, а также авторитет и широкое международное признание в медицинском мире.

Профессор Гаврилова не устает бороться за развитие Центра, привлекать внимание к проблеме болезни Альцгеймера, вести образовательную работу среди врачей. Она охотно ответила и на вопросы корреспондента нашей газеты.

## ЕДИНСТВЕННЫЙ В МОСКВЕ, ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИИ

**- Светлана Ивановна, можно ли говорить о росте заболеваемости болезнью Альцгеймера?**

- Наши исследования показали, что масштаб этой проблемы огромный, жертвами ослабляющих заболеваний становятся не только заболевшие люди, но и их родственники, даже медперсонал, который с ними работает. Потому что те, кто ухаживают за больными на конечной стадии болезни, подвергаются сильнейшему эмоциональному стрессу: постоянно наблюдать, как человек доходит, если можно так выразиться, до вегетативного уровня, очень тяжело... Деп-

рессия и ситуация хронического стресса у родственников больных могут провоцировать развитие у них интеллектуальной недостаточности, кроме того, они уже генетически имеют повышенный риск развития болезни Альцгеймера.

Вместе с тем, о росте заболеваемости говорить неправомерно. Эти показатели стали другими из-за того, что изменились диагностические позиции (по международной классификации десятого пересмотра, принятой и МЗ РФ): болезнью Альцгеймера признана все группа первичных дегенеративных деменций пресенильного и сенильного возраста, которые сопровожда-

ются целым рядом специфических нейро-

морфологических признаков: появление нейрофибриллярных клубков и амилоидных бляшек, дегенерация нейронов и так далее.

**- Что, прежде всего, следует учитывать при диагностике?**

- Врач должен опираться, с одной стороны, на наличие симптомов деменции или более легких, но постепенно прогрессирующих мнестико-интеллектуальных расстройств, а с другой - на полное (!) отсутствие других причин ее вызывающих (их множество; существует около 100 потенциально курабельных состояний, сопровождающихся клинической картиной, имеющей сходство с болезнью Альцгеймера).

Участкового терапевта обязательно должно насторожить прогрессирование ухудшения памяти пациента на протяжении года: когда человек забывает, как ему найти то



место, к которому он раньше хорошо знал путь, когда он стал путать лица сначала малознакомых, а затем и близких людей. Когда к тому же известно, что больной не перенес такие заболевания как нарушения мозгового кровообращения или тяжелую черепно-мозговую травму. И когда для подобных явлений у больного нет таких видимых причин как соматическое заболевание (например, гипотиреоз, недостаточность в организме фолиевой кислоты, онкология и так далее).

Затем больного можно направить для дальнейшего обследования в наш Центр. **Мы ведем открытый бесплатный амбулаторно-консультативный прием, наш телефон: 324 9615 (запись с 15 до 16 часов).** Вся медицинская помощь нами также оказывается бесплатно, за исключением компьютерной и ЯМР-томографии, а также специальных лабораторных исследований.

С помощью магнитно-резонансной томографии выявляются признаки атрофии вещества головного мозга: на начальной стадии болезни Альцгеймера - в височно-теменных отделах, на позднейших стадиях атрофия становится тотальной, диффузной. Это уменьшение объема вещества мозга, его "сморщивание" сопровождается сообщающейся гидроцефалией, "водяной" - наружной и внутренней: образовавшаяся пустота замещается расширенными желудочковой системой и субарахноидальными пространствами. Самый ранний томографический признак болезни Альцгеймера - атрофия гиппокампа - к сожалению, не всегда обнаруживается ЯМР-томографом.

Очень важно правильно и вовремя диагностировать болезнь Альцгеймера. Хотя на настоящий момент нет средств для полного излечения, есть способы ее замедления, причем существенного. И пожилой человек может просто не дойти до конечной, самой ужасной стадии - он остается в жизни с помощью других людей, которые его окружают.

В нашем Центре больные, слава Богу, лечатся, переходя от одной терапевтической про-

граммы к другой. Мы применяем фармакологические средства, которые являются новым словом во всем мире, благодаря участию в мультицентровых клинических испытаниях, нашему статусу "международного центра" и репутации, завоеванной у фармацевтических фирм. Никто в стране такими возможностями, как наш Центр, к сожалению, не располагает. Для сотен тысяч других больных диагноз "болезнь Альцгеймера" звучит как приговор.

**- Какие терапевтические методы вы применяете?**

- Прежде всего, отмечу, что этиологической направленной терапии не существует, поскольку этиология этой болезни не установлена, известны лишь многие патогенетические звенья процесса. Исключение составляет небольшая часть (около 15%) "семейных" случаев, которые вызываются различными изменениями в генах (таких генов известно четыре).

Мы применяем определенное сочетание стратегий патогенетической терапии болезни Альцгеймера. Во-первых, это терапия, основанная на замещении дефицита ацетилхолина, являющегося главным биологическим признаком болезни Альцгеймера. Он наступает уже на ранних стадиях, связан с дегенерацией нейронов в ядре Мейнерта и как раз с этим сопряжено развитие нарушений памяти. Здесь главное направление - введение ингибиторов ацетилхолинэстеразы, которая разрушает ацетилхолин в синаптической щели. Когда она блокируется, ацетилхолин, даже оставшийся в уменьшенном количестве, уже не разрушается, становится более доступным организму.

В настоящее время разработаны селективные ингибиторы ацетилхолинэстеразы, не вызывающие периферических побочных эффектов (тошнота, рвота, расстройство пищеварения) или таких гепатотоксических эффектов, которые наблюдались при применении препаратов предыдущего поколения (например, такрина). Из этих средств нового поколения следует назвать эксилон (фирма "Новартис") и арисепт (фирма "Пфайзер"). Нерезко выраженные побочные эффекты у

них могут наблюдаться, в основном, в периоде титрования дозы. Эти средства уже зарегистрированы в США и некоторых странах Европы и в настоящее время проходят клинические испытания в нашем Центре.

Существует и отечественный препарат амиридин, с моей точки зрения, не хуже упомянутых, созданный в Институте биологически активных веществ, в Купавне. Однако - опять увы! - он производился на фармзаводе в Риге, теперь оказался за границей и приобретение его затруднено.

Вторая составляющая терапии не менее (если не более) важна. Это нейропротективная терапия - как попытка воздействовать на сам нейродегенеративный процесс и, если не остановить его, то по крайней мере усилить компенсаторные возможности оставшихся "в живых" или частично поврежденных нейронов. Для этого используется целый ряд препаратов, но главный из них - церебролизин. Мы вводим его по специальной методике: не пять кубиков внутримышечно, что бессмысленно, а по 20 - 30 миллилитров в 150 миллилитрах физраствора в виде внутривенных капельных инфузий. Всего - 20 инфузий в течение месяца (по пять дней с перерывами на 2 дня).

Помимо нейропротективного эффекта, церебролизин положительно влияет на метаболизм глюкозы в мозге. Есть экспериментальные (на животных) данные о том, что после рассечения ассоциативных путей в мозге, введение церебролизина предотвращает связанные с этим разрушения, то есть препарат способен активно восстанавливать нарушенные функции, ибо обладает нейротрофическими свойствами.

Клинические эффекты также положительны: даже спустя месяц после курса пациент не возвращается к исходному уровню, с которого было начато лечение, а закрепляется на достигнутом улучшении всех сторон интеллектуальной деятельности и функциональных возможностей.



Увеличивается и спонтанная активность больного - он перестает выглядеть апатичным и бездеятельным.

В этих целях некоторые применяют пирacetам. Однако мы считаем, что нашим больным он не показан, тем более что большие его дозы вводить даже опасно: может наступить истощение функций мозга. Дело в том, что пирacetам вызывает повышенный выброс нейротрансмиттеров, ничего не создавая взамен. Поэтому нашим пациентам показаны лишь небольшие дозы, 1 - 2 капсулы в день при апатии, адинамии.

Не стоит также заменять церебролизин церебролизатом. Этот препарат делается из говяжьих мозгов, которые из-за опасности прионовых инфекций сейчас запрещены для использования даже в пищевых целях. Церебролизин же производится из мозгов свиньи в идеальных стерильных условиях с помощью высочайших технологий (я сама была в Австрии и наблюдала весь производственный цикл).

Существует новая концепция патогенеза болезни Альцгеймера, связанная с нарушениями микроциркуляции в мозге. Действительно, у очень старых людей (особенно в нашей стране, где нет программ профилактики сосудистых патологий, как в Японии или в США) указанные нарушения также вносят свой вклад в развитие нейродегенеративного процесса. Поэтому вазоактивная терапия может быть полезной, и мы проводим курсы лечения сермионом или тренталом.

Если болезнь Альцгеймера сопровождается депрессией, следует дополнительно провести терапию препаратами - ингибиторами обратного захвата серотонина (например, прозаком). К сожалению, прекращено производство отечественного препарата пиразидола, прекрасно зарекомендовавшего себя в гериатрической практике и практически не имевшего побочных эффектов. Амитриптилин же

нашим больным категорически противопоказан, поскольку он имеет антихолинергический

эффект и может вызвать резкое прогрессирование распада памяти и интеллектуальных функций пациента. Транквилизаторы длительными курсами также применять ни в коем случае нельзя. Разве только чтобы купировать тревогу, суетливость, возбуждение, - и то только в количестве одной трети от средней терапевтической дозы.

В заместительной фармакотерапии отмечу еще одно направление: необходимость коррекции глутаматергической системы. Здесь хорошо показал себя препарат акинол мемантин (фирма "Мерц"), зарегистрированный для целого ряда неврологических заболеваний. Болезнь Альцгеймера почему-то в этот перечень не попала (хотя мы делали соответствующее представление в Фармкомитете). В ходе прошедших в Центре испытаний препарат показал хорошие организующие психическую деятельность качества, хотя имеет и некоторые противопоказания, которые следует учитывать при применении.

Еще один препарат - глиатилин (итальянская фирма "Си-Эс-Си") - также занимает свое место в комплексной терапии болезни Альцгеймера, в чем мы убедились при его испытаниях. Этот препарат, с одной стороны, является предшественником ацетилхолина, с другой - активно влияет на церебральный метаболизм и состояние клеточных мембран.

Не следует забывать о так называемой когнитивной (или поведенческой) терапии - тренинге повседневных функций и навыков пациентов. Мы используем специальную методику, основанную на многократном воспроизведении ими определенных движений с помощью многочисленных подсказок. Этой методике обучаются и родственники больного, с которыми мы периодически проводим специальное тестирование, в ходе которого оценивается их нагрузка по уходу за больным. Таким образом, результаты лечения и вклада в него членов семьи осознаются вполне отчетливо.

**- Какими же силами выполняются все эти многочисленные работы? Сколько у вас научных сотрудников?**

- По штатному расписанию в Центре должно работать 20 человек, но фактически их

меньше (средний медперсонал вообще не задерживается из-за низкой оплаты). Научных сотрудников всего шестеро и - без всякого преувеличения - они работают просто героически. Помимо научной работы (пятеро из них - кандидаты наук, одна - доктор и еще одна заканчивает кандидатскую диссертацию), все ведут амбулаторный прием и консультируют в стационаре. Эта вторая составная их работы требует проявления истинной доброты, сердечности и выдержки. Для характеристики выполняемых объемов приведу одну цифру: в весенний период мы принимаем до 400 пациентов в месяц.

Наш ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук Наталья Михайловна Михайлова заведует гериатрическим кабинетом неврозов в поликлинике № 27. Она проводит там и важную работу среди врачей разных специальностей, объясняя, в каких случаях следует направлять пациента к психиатру, особенно обращая внимание на расстройства настроения, сна и некие неопределенные ощущения в организме, которые врачи общей практики начинают лечить своими средствами и не добиваются результата, так как подобные симптомы нередко являются проявлением психических заболеваний. Особенно много сейчас наблюдается депрессий, псевдоневротических состояний, возникающих на фоне церебрального атеросклероза.

Ирина Федоровна Рощина - нейропсихолог, Анна Леонардовна Брацун занимается факторами риска развития деменций, диссертация Григория Алексеевича Жарикова посвящена синдрому "мягкой" деменции, диссертация Игоря Владимировича Колыхалова - компьютерно-томографической диагностике болезни Альцгеймера, а сейчас он занимается ЭКГ-картированием мозга для мониторинга терапии болезни Альцгеймера. Наталья Дмитриевна Селезнева работает над докторской диссертацией по предикции терапевтического ответа при болезни Альцгеймера.

И никто из них не получает ни копейки за двойную нагрузку, прием больных, помощь населению! Придание нашему Центру статуса городского помогло бы получить дополнительные лечебные ставки и открыть новые возможности, прежде всего, для пациентов.



**В подростковый Центр попадают не только по направлению врача. Сюда, по телефону 324 4105, можно просто обратиться за помощью как самим подросткам, так и их родственникам.**

**С 1995 года возглавляет Центр Валерий Николаевич Пыхтарев, врач-психиатр, чья кандидатская диссертация была посвящена теме “Реактивные состояния у подростков”. В Центре, наряду с психотропной терапией, широко используются психотерапевтические, реабилитационные и другие методы, благодаря которым, по мнению Валерия Николаевича, можно снижать дозировки лекарственных средств. Мы попросили его рассказать о работе Центра подробнее.**



## ПОДРОСТКОВЫЙ ЦЕНТР

Центр был создан в 1989 году для решения двух блоков задач: во-первых, консультирование, углубленное клиническое обследование, лечение и медико-педагогическая реабилитация психически больных подростков-москвичей и, во-вторых, для проведения организационной работы с подростковыми психиатрами города. Уже третий год постоянно действует семинар “Современные аспекты клинической, экспертной и социальной проблем подростково-юношеской психиатрии”. Каждый месяц мы собираем психиатров (в том числе, участвующих во военно-врачебной экспертизе) и психологов города здесь, в больнице, на конференции. Перечислю некоторые из тем: “Основные положения клинко-экспертного диагноза при медицинском освидетельствовании подростков”, “Патологические формы девиантного поведения у подростков”, “Злоупотребление наркотиками, алкоголем в подростково-юношеском возрасте”, “Неврозы и психореактивные состояния”, “Преимущественно пубертатные психоневрологические синдромы”, “Расстройства влечений в подростковом возрасте”, “Ауто- и гетероагрессивные формы поведения в подростковом и юношеском возрасте”, “Механизмы действия современных психотропных препаратов”.

Работе Центра уделяет большое внимание главный врач больницы Н. П. Герасимов и его заместитель (наш непосредственный куратор) Г. С. Трифонова. Существенную по-

мощь в лечебно-диагностической и реабилитационной работе оказывают ведущие научные сотрудники МНИИП МЗ РФ.

Чаще всего подростки направляются к нам психоневрологическими диспансерами, психиатрами или психологами поликлиник, иногда больницами общесоматического профиля - для уточнения диагноза и подбора медикаментозной терапии. Больные, в зависимости от их состояния, распределяются по различным режимам содержания. Иногда при первичном осмотре выявляются те или иные противопоказания для содержания в отделении санаторного типа (склонность к алкоголизации, наркотизации, криминальным поступкам, грубое психопатоподобное поведение, стойкие суицидальные тенденции, острое психотическое состояние). Такие подростки направляются в приемный покой для госпитализации в отделения закрытого типа, а в ряде случаев (с алкоголизацией и наркотизацией) - в отделения для взрослых.

Структура Центра включает консультативно-диспансерное отделение, стационарное психоневрологическое отделение санаторного типа (на 60 коек) для подростков с пограничными формами нервно-психических заболеваний вне выраженного обострения, а также дневной стационар.

В стационар подросткового Центра больные поступают сразу из консультативно-ди-

агностического отделения, минуя приемный покой больницы, что исключает их контакт с другими, взрослыми больными, а также иные психотравмирующие моменты.

Мы стараемся максимально облегчить юношам и девушкам адаптацию к процессу лечения. Некоторые подростки - с патохарактерологическими чертами замкнутости, ранимости, не привыкшие к больничному режиму (или наоборот, слишком часто до этого находившиеся в стационарах) - раздраженно на него реагируют и даже отказываются от госпитализации. Таким пациентам мы предлагаем режим частичной госпитализации: после проведения терапевтических мероприятий они могут почти в любое время (по согласованию с врачом) уходить домой, а на следующий день возвращаться в Центр. Подчеркну: к каждому пациенту мы применяем строго дифференцированный подход.

Еще об одной структурной единице Центра хочется рассказать особо. Это располо-





женный на первом этаже нашего здания филиал экспериментальной школы № 196, где обучаются стационарированные у нас дети. В классе находится обычно 10 - 15 человек и преподаватель может в процессе урока опросить практически всех. Естественно, успеваемость и дисциплина здесь лучше, чем в обычной школе, хотя программа ничем не отличается. Ряд наших больных проходит лечение довольно долго, в течение года, бывают и повторные госпитализации. Это относится, например, к подросткам с эндогенными заболеваниями или с затяжными депрессивными состояниями, со стойкими фобическими расстройствами. Такие дети нередко испытывают страх перед своими сверстниками, которые, бывает, насмеваются и издеваются над ними. Здесь же - к ним совсем другое отношение, педагоги более внимательны и подросток чувствует себя как бы в своей экологической нише. Кроме того, учеба у нас дается лучше и в силу проводимого лечения психотропными препаратами, различных реабилитационных мероприятий.

Подростки с удовольствием посещают музеи - они побывали в политехническом, палеонтологическом, театральном имени Бахрушина, музее меценатов и благотворителей, реконструкции Москвы, "Английском дворике" и многих других. Организует эти посещения медсестра дневного стационара Лариса Владиленовна Лыгалова.

Некоторые подростки учились у нас, начиная с 9-го класса. Периодически они выписывались и пробовали вернуться в обычную школу. У них там снова возникали трудности и они опять оказывались у нас. В этом году 38 человек окончили в нашей школе 11 класс и получили аттестат зрелости. Надо было видеть, какой прекрасный они устроили по этому поводу концерт самодеятельности и дискотеку!

Иные подростки надолго не задерживаются, в основном, с депрессивным состоянием в результате перенесенного стресса (например, испытавшие посягательства на личность, пережившие какую-то другую драму). Таких больных мы выводим из этого состояния и выписываем через 20 - 30 дней практически здоровыми.

В структуре заболеваемости наблюдается рост неврозов и реактивных состояний, патологически протекающих пубертатных кризов. В основном мы оказываем помощь подросткам с пограничными психическими расстройствами, количество которых также увеличивается. Проблемы, переживаемые обществом, находят прямо пропорциональное отражение в структуре заболеваемости. На подростках сказываются все проблемы семьи: "маму сократили", "отец без работы", "денег нет", "не на что купить лекарства". Кстати, современные антидепрессанты сейчас весьма дорого стоят...

Здесь мы проводим лечение, естественно, бесплатно. И в результате подросток становится более резистентным к психотравмирующим условиям внешней среды. Ему удается продолжить образование, устроиться на работу.

В последние годы к нам нередко поступают "голодающие" девушки, у которых под влиянием современных представлений о красоте развилось патологическое желание похудеть - анорексия (иногда она является проявлением других психических заболеваний или тяжелого стресса). Есть подростки, заболевание которых определяется новым термином - социофобия, который подразумевает страх оценки (суждения, критики) другими людьми. Следствие этого - выраженный и постоянный страх ситуаций, в которых может возникнуть чувство смущения и униженности, стремление избежать подобных ситуаций (например, публичных выступлений, ответов в классе у доски). Иногда бывает так, что факт пребывания в нашем Центре подростки просят сохранить в тайне даже от своих родителей. Вообще же с родителями нам также приходится немало работать, поскольку многие из них недооценивают состояние своего ребенка, проявления болезни считают капризами и дурным характером.

В штате Центра - 8 врачей психиатров, есть психиатр-эпилептолог, психотерапевт, 2 психолога. Реабилитационная работа включает проведение групповой, индивидуальной и семейной психотерапии. Двигательная терапия осуществляется посредством занятий на тренажерах, для девочек - на занятиях шейпингом. В специальном зале психологом ста-



ционара совместно с лечащим врачом проводятся сеансы музыкотерапии. Мною проводятся сеансы гипнотерапии, в основном больным с ситуационными реакциями.

Фармакотерапия же является одним из начальных этапов в реабилитационном процессе. С помощью препаратов может быть осуществлена профилактика патологических состояний, нарушающих социальные связи больного, его "сползание" к инвалидизации. По мере улучшения психического состояния этап медикаментозной терапии постепенно уступает место различным психосоциальным воздействиям.

**Материалы из больницы подготовила Т. Рябухина. Фото В. Афанасьева**



## 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 системы, 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 постэнцефалит-

ным 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 назначается до или после еды, в

## РОМПАРКИН

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 предшествующего лечения.

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

## ЭБЕВЕ



**Церебролизин** - пептидергический ноотроп, обладающий нейротрофическим действием.

Церебролизин (комплекс высокоочищенных пептидов, полученных из головного мозга свиньи) содержит низкомолекулярные биологически активные нейропептиды, которые преодолевают ГЭБ и непосредственно поступают к нервным клет-

кам. Препарат обладает органоспецифическим мультимодальным действием на головной мозг, что проявляется в способности Церебролизина к метаболической регуляции, нейропротекции, функциональной нейромодуляции и нейротрофической активности. Церебролизин применяется при различных формах неврологической и психиатрической патологии, таких как: ишемический инсульт, хроническая цереброваскулярная патология, травматические поражения мозга, задержка

умственного развития у детей, эндогенная депрессия и др. Противопоказаниями для применения являются: острая почечная недостаточность, эпилептический статус.

Церебролизин - один из наиболее безопасных препаратов. Низкий молекулярный вес входящих в его состав нейропептидов (10 дальтон) исключает возможность анафилактических реакций. При повышенной чувствительности возможно незначительное повышение температуры.

Препарат применяется только парентерально: в виде внутримышечных инъекций (1 - 5 мл) или внутривенных капельных инфузий (10 - 60 мл).

Церебролизин выпускается в виде раствора для инъекций по 1 мл (10 ампул в упаковке), по 5 и 10 мл (5 ампул в упаковке).

*Информацию о препарате и возможности оптовых поставок можно получить по адресу: 123060, Москва, ул. Народного Ополчения, 35; тел./факс: (095) 194 1987, 943 0448.*

## ЦЕРЕБРОЛИЗИН

## САНОФИ



**Транксен** - эффективный противотревожный лекарственный препарат, является бензодиазепином с пролонгированным периодом полувыведения (в среднем  $45 \pm 10$  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.*

СЕРВЬЕ

КОАКСИЛ



**Коаксил** (тианептин) - трициклический антидепрессант. Производится в таблетках по 12,5 мг. Суточная доза обычно составляет 3 таблетки. У пациентов старше 70 лет и больных почечной недостаточностью дозу снижают до 2 таблеток в сутки.

По механизму действия Коаксил отличается от других антидепрессивных средств и связывается с повышением обратного нейронального захвата серотонина нейронами коры головного мозга и гиппокампа. Коаксил не влиял на число или аффинитет центральных рецепторов, которые обычно изменяются под влиянием других антидепрессивных средств. В частности он не вызывал десенсибилизацию корковых  $\beta$ -адренорецепторов и не снижал число 5-HT<sub>2</sub>-серотонинэргических рецепторов. Тианептин не обладает сродством к рецепторам моноаминов. При внутривенном введении препарат повышает активность пирамидных клеток головного мозга. Особенности действия Коаксила позволяют по-новому взглянуть на патогенез аффективных нарушений.

По данным сравнительных исследований, которые проводились двойным слепым методом, Коаксил, по крайней мере, не уступал по эффективности традиционным антидепрессантам (амитриптилину, имипрамину). По результатам сравнительного испытания Коаксила и амитриптилина, у 129 больных уже к концу первой недели лечения эти препараты достоверно улучшали состояние, однако эффект Коаксила был более выраженным.

Помимо антидепрессивного действия Коаксил оказывал благоприятное влияние на различные проявления депрессии, в частности улучшал память, уменьшал астению, соматические жалобы (боли в эпигастральной области, тошноту, сердцебиения, миалгии, головную боль и др.). Более того, Коаксил обладает ярко выраженным анксиолитическим воздействием и при этом не вызывает седативного эффек-

## НОВЫЙ АНТИДЕПРЕССАНТ

та, что крайне благоприятно для больного.

**Коаксил - эффективное средство лечения депрессии у больных алкоголизмом, в частности в период абстиненции. В эксперименте Коаксил снижал потребление алкоголя у этанолзависимых крыс. Этот эффект был селективным и не сопровождался уменьшением потребления жидкости и гипофагией, в то время как другой антидепрессант, флюоксетин, снижал потребление как алкоголя, так и пищи.** В настоящее время завершается испытание Коаксила у больных алкоголизмом (не страдающих депрессией), прекративших прием алкоголя. Результаты его являются обнадеживающими. Переносимость Коаксила очень хорошая. Препарат не оказывает седативного действия, не обладает антихолинергической активностью, не влияет на функцию сердечно-сосудистой системы и показатели ЭКГ (частота сердечных сокращений, проводимость, реполяризация). Редкие побочные эффекты Коаксила включают в себя желудочно-кишечные нарушения (боли в животе, тошноту), быстро проходящее головокружение, головную боль. По данным клинических испытаний Коаксил переносится лучше, чем другие антидепрессанты. Среди 3300 больных, получавших препарат в течение длительного времени, известно 14 случаев передозировки (10 - 60 таблеток, иногда в сочетании с приемом алкоголя или психотропных средств). У 1 больного развилась кома, но, тем не менее, исход во всех случаях был благоприятным. Коаксил не следует комбинировать с ингибиторами МАО и назначать беременным женщинам и детям в возрасте до 15 лет. Препарат необходимо отменить за 24 - 48 часов до общего наркоза. Снижение дозы у больных сердечной недостаточностью, заболеваниями печени не требуется. Как и при применении любых психотропных средств, больных, получающих Коаксил, следует наблюдать, особенно в начале лечения.

Антидепрессивный эффект имипрамина и ингибиторов МАО был продемонстрирован более 30 лет назад. В последующем было создано большое число антидепрессантов, в связи с чем любой новый препарат должен иметь определенные преимущества перед своими предшественниками. Коаксил (тианептин) оказывает быстрое (но не слишком резкое) антидепрессивное действие, которое усиливается при продолжении лечения. По данным сравнительных исследований, особенностями тианептина, выгодно отличающими его от других антидепрессантов, являются очень хорошая переносимость, эффективное предупреждение рецидивов депрессии, быстрое устранение тревожных проявлений при отсутствии седативного действия.

**Фармацевтическая Группа Сервье проводила открытое исследование эффективности и безопасности применения Коаксила при лечении большого депрессивного эпизода. В этом исследовании принимали участие более 70 психиатрических учреждений Российской Федерации.** Были проанализированы более 500 пациентов, имевших большой депрессивный эпизод средней или тяжелой степени, и пролеченных Коаксилом в течение 40 дней. У 80% пациентов отмечалось улучшение состояния (снижение более чем на 50% баллов по 17-пунктовой шкале оценки депрессий Гамильтона). В группе пациентов, ранее безрезультатно лечившихся амитриптилином, лечение Коаксилом было эффективно в 85% случаев. Побочные эффекты наблюдались крайне редко и проходили самостоятельно при продолжении терапии. Полученные результаты являются многообещающими и требуют дальнейшего анализа.

*Более подробная информация о препарате и возможности его закупки в Представительстве фирмы Сервье по тел.: (095) 937 0700; факс: (095) 937 0701.*



## ЗАКОН ЕСТЬ. БУДЕТ ЛИ ОН РАБОТАТЬ?

*В сентябре этого года введен в действие закон Российской Федерации "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней". Провозглашена государственная политика в области иммунопрофилактики населения, даны механизмы ее реализации. Этим законом предусматривается доступность для граждан профилактических прививок, бесплатность их проведения. Теперь Минздравом РФ должны разрабатываться и реализовываться федеральные целевые программы иммунопрофилактики. Программа на 1999 - 2002 г. г. уже подготовлена и представлена на рассмотрение правительства. Она должна обеспечить финансовыми средствами эпидемиологический надзор за капельными инфекциями, мероприятия по поддержке отечественных производителей вакцин, оснащению учреждений Госсанэпиднадзора компьютерной техникой и многое другое. Государство возлагает на себя обязанность поддерживать научные исследования в области разработки новых вакцин.*

*Прокомментировать некоторые положения нового закона мы попросили руководителя департамента Госсанэпиднадзора Минздрава РФ Анатолия МОНИСОВА.*

С нашей точки зрения очень важно, что законом предусматривается компенсация ущерба здоровью населения при возникновении осложнений, инвалидности и смертности вследствие прививок. Однако вина за это на медицинских работников, как правило, не возлагается: на введение любого иммунологического препарата организм пациента может реагировать по-своему. Поэтому в законе, в разделе о правах и обязанностях граждан, предусмотрена возможность бесплатного медицинского осмотра, а при необходимости и медицинского обследования перед профилактическими прививками в государственных и муниципальных организациях здравоохранения. Собственно говоря, среди наших педиатров было распространено мнение, что в случаях иммунного или другого тяжелого заболевания следует давать отвод от прививок. За рубежом же считают, что таких детей следует защищать с помощью прививок в первую очередь (конечно, под пристальным наблюдением врача).

В этом году приказом Минздрава утвержден Национальный календарь прививок,

и, в соответствии с законом, средства на эти прививки должны быть предусмотрены в федеральном бюджете. Поскольку действие календаря рассчитано не на один год, мы сочли возможным включить в него также прививки против краснухи и гепатита В. Хотя мы пока не располагаем асигнованиями на закупку вакцины против гепатита В в достаточном объеме, а также на приобретение дополнительного количества вакцины против кори и эпидемического паротита. Из-за отсутствия финансирования до настоящего времени не разработана отечественная вакцина против краснухи. Дело в том, что мы считаем необходимым делать эти прививки не только в соответствии с Национальным календарем, но и группам особого риска - тем, кто не был привит и не болел указанными заболеваниями, - чтобы добиться более существенных результатов в борьбе с этими инфекциями. На этот "излишек", на неплановые прививки, средства в федеральном бюджете не предусматриваются. По закону все прививки по эпидемическим показателям должны осуществляться за счет местных бюджетов.

Особенно тревожит положение с гепатитом В: наблюдается резкий рост заболеваемости, а цена вакцины очень высока и составляет почти половину стоимости всех остальных вакцин. Федеральным бюджетом на 1998 год предусмотрена оплата всего лишь 600 тысяч доз вакцины против гепатита В. Вакцина закупается пока только для вакцинации медицинских работников, составляющих особый контингент риска, и то ее не хватает всем территориям, потому что задолженность федерального бюджета перед производителями вакцин очень велика (министерство финансов не перечисляет Минздраву предусмотренных на это средств). В результате задолженность только одному производителю очень важной вакцины против полиомиелита (несмотря на подписанную нашей страной Программу ВОЗ по ликвидации полиомиелита к 2000 году) составляет уже 5,6 миллиона рублей. Часть вакцин приобретается за счет бюджетов территорий, но также в недостаточных количествах, потому что на местах финансовое положение не менее тяжело.

Особое положение с вакцинами против гриппа - они дол-

жны закупаться на федеральном уровне и, худо-бедно, до текущего года это делалось. В 1998 - 99 годах последует неизбежное сокращение расходов на вакцины и прежде всего, к сожалению, это коснется вакцин против гриппа. В свое время проводились массовые прививки здоровым людям, работникам промышленных предприятий, в последние же годы политика стала другой: мы считаем, что в первую очередь следует прививать угрожаемые контингенты риска - детей и пожилых людей, страдающих хроническими заболеваниями (кстати, за рубежом поступают именно так). Но даже для этих людей полностью оплатить вакцины мы сейчас не сможем, хотя у нас в стране они производятся в достаточном количестве. Поэтому надеемся, что о здоровье своего населения позаботятся и на местах: мы разослали территориальным органам управления здравоохранения и санэпидслужбы письмо, в котором предлагаем активно ставить перед руководством территорий вопрос о необходимости приобретения дополнительного количества вакцин против гриппа.

**Записала Татьяна Рябухина**

## ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА НЕОБХОДИМА

*В. Ф. Учайкин, член-корреспондент РАМН, профессор, зав. кафедрой детских инфекций РГМУ, главный детский инфекционист Минздрава России*

Грипп является наиболее распространенным инфекционным заболеванием как у детей, так и у взрослых. Ежегодно в России переболевает от 10 до 30% всего населения. Материальный ущерб от гриппа превышает затраты на все остальные инфекционные заболевания вместе взятые и достигает 10 трлн. рублей.

Накопленный опыт борьбы с гриппом с помощью вакцин остается противоречивым. По данным большинства исследователей вакцинация значительно снижает риск заболевания гриппом и его распространение при 50 - 80% охвате населения. В то же время в литературе можно встретить высказывания о слабой или полной неэффективности современных вакцин в связи с несоответствием антигенной структуры вакцинных и постоянно меняющихся эпидемических штаммов вируса гриппа. Противоречивое мнение об эффективности вакцинопрофилактики гриппа можно объяснить использованием коммерческих вакцин, выпускаемых без учета изменчивости штаммов вируса. Очевидно, что при применении вакцин, штаммовый состав которых изменяется ежегодно, эффективность вакцинопрофилактики должна существенно возрастать.

Среди всех разрешенных к использованию в России вакцин против гриппа, наиболее полно этим требованиям отвечает **Ваксигрип** французской компании Пастер Мерье Коннот. Препарат представляет собой высокоочищенную инактивированную сплит-вакцину, содержащую 3 наиболее актуальных для данного сезона штамма вируса гриппа. Штаммовый состав препарата подобран на основе тщательного анализа эпидемиологической ситуации и полностью соответствует рекомендациям ВОЗ. Вакцина успешно используется во всем мире в течение последних 30 лет. В СССР препарат появился впервые в 1977 г., а в России он используется начиная с 1992 г. (регистрационное удостоверение П-8-242 № 009610, выданное МЗ РФ). За это время Ваксигрип отлично себя зарекомендовал, продемонстрировав высокий уровень иммуногенности и низкий реактогенности. Вакцина может использоваться как у детей, начиная с 6-месячного возраста, так и у взрослых. Эпидемиологическая эффективность препарата достигает 98%.

Данные, свидетельствующие об эффективности препарата, были получены в разных регионах России - Москве, Красноярске, Нижнем Новгороде, Барнауле, Тюмени. Кроме иммунологической и эпидемиологической эффективности вакцины были получены данные, позволяющие судить и об эко-

номической эффективности применения этого препарата в России.

Обратимся к конкретным цифрам.

В "двойном слепом" рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании, проведенном в ГИСК им. Л. А. Тарасевича вакциной Ваксигрип было привито 106 человек. Были получены следующие данные: антитела в защитном титре отмечались у 96,5% привитых, четырехкратное нарастание титра отмечено у 91,7% привитых.

В сезоне 1997 - 1998 г. г. в доме ребенка № 9 для детей с поражением ЦНС сотрудниками нашей кафедры вакциной Ваксигрип был привит 41 ребенок. Препарат вводили двукратно, с интервалом 1 месяц в дозе по 0,25 мл внутримышечно. После законченной вакцинации 4-кратное нарастание титра антител наблюдали у 78% детей к вирусу гриппа А/БАЙЕРН/7/95 (H1N1), у 70,73% - к вирусу гриппа А/ЮХАН/395/95 (H3N2) и у 80,49% - к вирусу гриппа В/ПЕКИН/184/93. При этом кратность нарастания титров антител к вирусу гриппа А/БАЙЕРН/7/95 (H1N1) составила соответственно 7,3; 7,18 и 8,44, а процент лиц с защитным титром антител 1:20 и выше (достоверно  $p \leq 0,05$ ) увеличился и составил при гриппе А/ЮХАН/395/95 (H3N2) - 82,9%, при гриппе В/ПЕКИН/184/93 - 100%.

Полученная информация совпадает с данными зарубежных исследований (Gobert P. et al, 1985) - 75 - 93% и, таким образом, наглядно показывает высокую иммуногенность вакцины Ваксигрип.

Одной из задач исследования, проведенного в ГИСК им. Л. А. Тарасевича, была оценка безопасности применения вакцины Ваксигрипа. С этой целью у привитых кроме общих и местных поствакцинальных реакций оценивались биохимические показатели крови (гемоглобин, креатинин, билирубин, активность АлАТ, АсАТ). Выявлено, что данные показатели после вакцинации колебались только в пределах нормы. Таким образом, в ходе регистрационных испытаний был сделан вывод о безвредности вакцины Ваксигрип.

В упомянутом выше нашем исследовании, проведенном в Московском доме ребенка № 9 на конгтингенте детей с тяжелой соматической патологией, был также сделан вывод о том, что вакцина Ваксигрип отличается слабой реактогенностью и хорошей переносимостью: каких-либо осложнений не зарегистрировано, имевшие место реакции (общие - 24%, местные - 2,4%) отличались слабой выраженностью, не требовали специального лечения и проходили самопроизвольно в течение 24 часов.

В практическом отношении особую ценность представляют данные эпидемиологических исследований, представленных Центром Иммунопрофилактики и страховой компанией АСТРАМЕД (г. Тюмень), Воронежской Государственной Медицинской Академией, НИИ им. И. И. Мечникова (г. Москва), страховой компанией АСКОМЕД+ (г. Барнаул). Всего вакциной Ваксигрип в ходе указанных исследований было привито 4 000 человек. Полученные результаты показали крайне низкую частоту послепрививочных общих (в среднем, у 0,4% привитых) и местных реакций (у 5,8% привитых). Данные величины коррелируют с результатами исследований, полученных за рубежом (0,3% и 8,8% соответственно). Все наблюдавшиеся реакции имели нетяжелый характер и в подавляющем большинстве случаев не требовали специального медикаментозного лечения.

Таким образом, накопленный опыт применения вакцины Ваксигрип в течение 3 эпидемиологических сезонов в России позволяет сделать вывод с одной стороны - о хорошей переносимости и безопасности данной вакцины, а с другой - о ее высокой иммуногенности и профилактической эффективности.

Полученные в России данные соответствуют европейским, согласно которым Ваксигрип является наиболее безопасной среди 14 европейских вакцин (МЗ Италии, SVEVA, ISSN 1123-3117).

В заключение хотелось бы отметить, что по прогнозам ВОЗ и Федерального Центра, по гриппу в ближайшее время следует ожидать появления нового варианта вируса, к которому у населения отсутствует иммунитет, что может привести к пандемии гриппа. Эта обеспокоенность выражена в Приказе МЗ Российской Федерации № 25 от 27.01.98 г. "Об усилении мероприятий по профилактике гриппа и других респираторных вирусных инфекций". Именно противогриппозным вакцинам отводится основная роль в борьбе с грядущей пандемией. Представляется, что только своевременная вакцинация современными безопасными вакцинами, созданными на основе тщательного анализа эпидемиологической ситуации поможет избежать грозной опасности и предотвратить многочисленные смертные случаи и осложнения, неизбежные при эпидемии гриппа.

*Более подробную информацию о вакцине Ваксигрип и вопросах, связанных с вакцинопрофилактикой гриппа можно получить в Представительстве компании Пастер Мерье Коннот по тел.: (095) 937 7007.*

# МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ГОЛОВА НИКОЛАЙ АЛЕКСЕЕВ



МОСКОВСКИЕ БОЛЬНИЦЫ

Общественный подъем и бурное развитие экономики, следовавшие за крестьянской реформой 1861 года, создали предпосылки для решения многих социальных вопросов, в частности, строительства больниц. Особенно остро стояла проблема призрения душевнобольных. В конце XIX века в Москве на тысячу населения было 0,9 психиатрических коек, в два раза меньше, чем в Петербурге. Известный психиатр Н. Н. Баженов в проекте к законодательству о душевно больных писал: "Организованное общество морально обязано помочь тем сочленам своим, чья нервная система претерпела крушение, и притом не только в личной борьбе за существование, но и усложнение общих условий жизни, ибо ценой этих жертв и покупаются для каждого из нас и для всего общественно-социального союза те усовершенствованные социальные условия жизни и уточненного материального блага, которыми пользуются каждый в отдельности и все солидарно вместе".

Надо сказать, Москве везло, как бы теперь сказали, на мэров. В 1890 году Городскую Думу возглавлял исключительно одаренный, инициативный и преданный городскому делу человек.

Николай Александрович Алексеев принадлежал к известной, весьма уважаемой купеческой семье. Двое из этой фамилии возглавляли Городскую Думу, из этой же семьи вышел выдающийся театральный деятель - Константин Сергеевич Станиславский.

Современники говорили о Н. А. Алексееве как о самом выдающемся представителе московских деловых кругов. Хорошо знавший Алексеева по работе в Думе известный общественный деятель, историк, философ и публицист Б. Н. Чичерин писал о нем: "Всякому делу, за которое он принимался, он отдавался весь; оно у него кипело, и он упорно и настойчиво доводил его до конца... Не раболепствовал перед властью. Умел держать себя независимо. Как блес-

тящий метеор он пронесся над Москвою, которая его не забудет..."

На посту городского головы Николай Александрович снискал всеобщую любовь и уважение. Пользуясь большим авторитетом, он смог привлечь значительные средства на благоустройство города и благотворительность, принимая в пожертвованиях личное участие. По его инициативе были проведены работы по расширению Мытищинского водопровода, заложена система городской канализации, устроены городские бани и городская прачечная, выстроены верхние торговые ряды (нынешний ГУМ), здания Исторического музея и Городской Думы, основано Страховое от огня общество, приведены в приличный вид городские бульвары, разбиты скверы. Во время его правления перешла в ведение города Третьяковская галерея и многие благотворительные учреждения.

Одним из важнейших дел недрогой, но яркой жизни Н. А. Алексеева было устройство крупной городской больницы для душевнобольных. В 1890 году Николай Александрович объявил добровольную подписку по сбору средств на устройство нового крупного лечебного заведения. Призыв получил горячий отклик среди московского купечества. Известный купец и благотворитель Ф. Я. Ермаков пожертвовал 300 тысяч рублей, владелец обувной фабрики И. Д. Баев - 200 тысяч, Т. С. Морозов 100 тысяч и т. д. В короткий срок было собрано более полутора миллионов рублей.



Для устройства больницы городская управа приобрела участок земли за Серпуховской заставой во владении купца Канатчикова. Говорят, что своенравный землевладелец буквально поставил городского голову на колени и тот склонился ради общественного блага.

Проектировал больницу архитектор Л. О. Васильев. В разработке проекта принимали участие известный невропатолог А. Я. Кожевников, не менее известные психиатры С. С. Корсаков и В. Р. Буцке. В результате был создан проект образцового учреждения, продуманный во всех деталях. Первым директором больницы стал В. Р. Буцке, находившийся на этом по-



Психиатрическая больница имени Н. А. Алексеева на Канатчиковой даче

сту с 1894 по 1904 г. С 1904 по 1907 г. больницей руководил П. П. Кашенко, имя которого долгое время носила эта больница.

Николай Александрович Алексеев немного не дождал до открытия организованной им больницы. В 1893 году, в возрасте 40 лет, он был смертельно ранен прямо в здании Городской Думы. Это случилось накануне предстоящего переизбрания его на новый срок. Убийцей был некто Андрианов, не раз присылавший в Городскую Думу проекты то об искоренении инфлюэнцы, то о вреде электричества и магнетизма. "Изобретатель" до этого лечился от душевной болезни. Перед кончиной Алексеев сказал: "Видите, умираю как солдат на своем посту, счастлив, что случилось это на службе, и что я верен данной мной присяге служить до последней возможности". Умирая Николай Александрович просил жену внести еще 300 тысяч из личных средств на окончание строительства больницы.

По решению Городской Думы новой психиатрической больнице на Канатчиковой даче было присвоено имя Н. А. Алексеева, которому она обязана своим возникновением.

Доброй памяти заслуживает и супруга Николая Александровича - Александра Владимировна. Она также происходила из купеческой семьи. Ее мать была родной сестрой известного мецената П. М. Третьякова, отец - В. Д. Коншин, владелец Костромской мануфактуры, отличался широкой благотворительностью. Александра Владимировна, таким образом, продолжала прекрасные гуманистические традиции по отцовской и материнской линии. Она пережила своего супруга на 10 лет и умерла в 1903 году, оставив духовное завещание, в котором передавала городу свыше полутора миллионов рублей на устройство и содержание различных благотворительных учреждений. На них были построены приют с ремесленным училищем для сирот беднейшего населения, два новых городских училища на Сорокосвятской улице близ Новоспасского монастыря. Часть завещанных средств была использована на постройку нового корпуса Преображенской психиатрической больницы. Сейчас это корпус №3 психиатрической больницы имени П. Б. Ганнушкина на Потешной улице.

**Павел Власов**

### Новые книги

Заканчивается 20-й век, принесший с собой не только технические достижения, но и огромное количество потерь, в том числе потерь нравственных. Понятие милосердия, к сожалению, входит в их число. Даже медицина, которая вся выросла из желания помочь страждущему, не является исключением. Не нужно объяснять, что понятие "медицинская сестра" не тождественно понятию "сестра милосердия", а участковый врач районной поликлиники отличается по своим качествам от земского врача. Причем отличается, увы, не в лучшую сторону. И это несмотря на все огромные научные и практические достижения медицины, на успехи в самых разных ее отраслях.



Августейшие Сестры Милосердия - Императрица Александра Федоровна и Великие Княжны Ольга и Татьяна

## Ангелы-хранители

Не думаю, что когда-нибудь больной или раненый перестанет нуждаться в человеческом тепле и участии, а медицина сможет обойтись без самопожертвования и страстного желания помочь тем, кто в этой помощи нуждается.

Вот почему так своевременно появление книг писателя Юрия Хечинова "Ангелы-хранители", "Крутые дороги Александры Толстой" и "Гибель "Португалии". Писатель-историк не выдумал своих персонажей - за сотнями страниц его хроник стоит долгая, кропотливая работа в архивах, он буквально по крупичкам воссоздает прошлое. Книги прекрасно иллюстрированы - с фотографий смотрят на нас лица участников событий далеких дней - лица людей благородных, деятельных, настоящих патриотов своей страны.

О чем же книги Юрия Хечинова, "технаря" по профессии, доктора технических наук, исторического писателя по призванию и таланту?

Первая из них, "Ангелы-хранители", посвящена героическим подвигам сестер милосердия, которые принимали участие в Крымской кампании (1853-1856), в русско-турецкой (1877-1878), русско-японской (1904-1905) и, особенно, в первой мировой войне. В этой книге несколько страниц посвящено младшей дочери Льва Толстого - Александре Львовне, которая за свои подвиги на полях сражений была награждена орденами и медалями. Ее долгая, полная драматизма жизнь легла в основу второй книги "Крутые дороги Александры Толстой". Эта мужественная женщина, всю жизнь зарабатывающая себе на хлеб тяжелым трудом, не только хранила и передавала другим память о своем великом отце, но, будучи много лет руководителем Толстовского фонда, оказывала помощь огромному количеству беженцев из России. Книга написана прекрасным языком, очень хорошо читается. То же можно сказать и о последней, третьей книге - романе "Гибель "Португалии". В ее основе лежит трагическая история гибели госпитального судна "Португалия". Переоборудованное под госпитальное, оно спасло жизнь многим сотням русских солдат и офицеров. В книге описываются тяжелые фронтовые будни, самоотверженная работа врачей и сестер милосердия в годы первой мировой войны. На этом фоне разворачивается чистая, светлая любовь русской девушки и французского офицера.

Книги Юрия Хечинова - чтение не только интересное, но и в высшей степени полезное, особенно для молодежи, мечтающей посвятить себя медицине. Прекрасный пример наших предков может помочь в этом благородном деле.

А. Михайлов

**Эти книги можно приобрести в редакции газеты "Больница"**

# Пульс

издательство

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

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезней)

Журналисты редакции помогут собрать и отредактировать оригинальные материалы по любой актуальной для Вас тематике, а художники и фото-корреспонденты сделают иллюстрации.

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

HOSPITAL  
Больница

тел./факс: 465 4854, 465 4445

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

**Москвичей мы приглашаем в редакцию.**

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

Научно-практический и публицистический журнал



Был самым массовым и читаемым профессиональным изданием медицинских работников России в течение 50 лет своего существования с 1942 по 1992 г.

**Возобновляет работу** после 6-летнего перерыва и в январе 1999 г. **возвращается** к своим читателям.

**Ставит своей целью** обеспечить доступность информации для непрерывного профессионального развития и совершенствования сестринских кадров.

**Привлекает к сотрудничеству** ведущих отечественных и зарубежных специалистов сестринского дела, организаторов здравоохранения, практических врачей и ученых.

**Это** настоящая **энциклопедия** сестринского дела.

**Это** прекрасное **пособие** для руководителей учреждений здравоохранения и практических врачей по эффективному использованию сестринских кадров.

Хотите быть в курсе важнейших новостей сестринского дела в стране и мире? «Медицинская сестра» **расскажет** Вам обо всем, что происходит в сестринской науке, практике и образовании; **познакомит** с актуальными проблемами здравоохранения и медицины, с эффективными подходами к оказанию медицинской помощи населению; **научит** современным методикам предупреждения заболеваний и укрепления здоровья, обеспечения ухода и наблюдения за больными, проведения реабилитационных мероприятий и оказания психосоциальной помощи.

Журнал предоставляет свои страницы медицинским работникам всех специальностей для обмена идеями, мнениями и практическим опытом, для обсуждения предложений по улучшению качества медицинской помощи населению.

Рубрики журнала:

- ✓ Актуальная тема
- ✓ Профессия: теория и практика
- ✓ Образование: проблемы и решения
- ✓ Обмен опытом
- ✓ Медицинская этика
- ✓ Профессиональные ассоциации
- ✓ Аптека
- ✓ За рубежом
- ✓ Дела житейские

Журнал «Медицинская сестра» выходит один раз в два месяца.

Оформить подписку можно в любом отделении связи и с любого месяца.

Индекс журнала «Медицинская сестра» по каталогу Агентства «Роспечать»:

**для индивидуальных подписчиков - 47988** (стоимость одного номера -16,8 руб.);

**для организаций - 47989** (стоимость одного номера - 96 руб.).

Учредители журнала: Министерство здравоохранения РФ, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Издательский дом «Русский врач».

**Главный редактор Г. М. Перфильева, доктор мед. наук, профессор**

**Адрес редакции: 119881, Москва, ул. Б. Пироговская, 2/6;**

**тел.: (095)248 5255, 242 9163**

**E-mail- nursing@glasnet.ru**

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 Художник Д. Дроздецкий (Митрич) Отдел рекламы Е. Ходакова**  
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**