



№ 1 (28) январь 2007 г.

Новости

Из министерских кабинетов

На совещании в МЗ Московской области было сообщено, что по результатам проведенной Госпожнадзором проверки самыми неблагополучными в противопожарном отношении признаны Балашихинский, Звенигородский, Ступинский и Люберецкий ПНД и психиатрический стационар Черногрязской больницы в Солнечногорском районе. В Ступино уже было два пожара (в мужском и в женском отделении). Хорошо, что обошлось без жертв. Среди недостатков отмечены: расстояния между кроватями в палатах не соответствуют правилам пожарной безопасности; решетки на окнах; загромождены запасные выходы; стены обиты пожароопасными панелями.

В.В.Грибков

В больнице им. Яковенко – новоселье

10 января там началось заселение нового 100-квартирного жилого дома. Дом получился хороший, с современной планировкой квартир, просторными кухнями. В окнах – стеклопакеты, на полу – ламинат, лоджии застеклены. Ключи от новых квартир получили многие работники больницы. И все – бесплатно. Хороший подарок сделали им строители к новому году! Надо сказать, что реконструкция больницы идет успешно. Уже отремонтировано 4 корпуса, работает пищеблок. Территория больницы впервые за 100 лет огорожена забором.

Художественная находка в ЦМОКПБ

При расчистке территории старого парка на стволе засохшего дерева была обнаружена высокохудожественная резьба с изображением страдающей молодой женщины в обрамлении красивого венка из листьев. Это не просто традиционная парковая резьба. Резчику удалось передать такую выразительную муку страдания и скорби, такую печаль, которая и сейчас вызывает в нас чувства сострадания и сопереживания. Конечно, неслучайно это замечательное произведение искусства оказалось рядом с психиатрическим корпусом. Судя по внешнему виду, выполнено оно очень давно, но когда и кем – никто не знает. Во всяком случае, старожилы больницы твердо уверяют, что на ее территории последние 40-50 лет никто не занимался резьбой по дереву. Больше того, никто и не знал о существовании такого художественного сокровища. А ведь больница Усольцева, на основе которой выросла ЦМОКПБ, отличалась необыкновенной красотой резных теремов, где находились больные.

Из них сохранился лишь один – здание 9 отделения, дважды горевшее, перестроенное и потерявшее былую красоту. Как раз рядом с ним и была обнаружена страдающая дева. Надо



бы ее сберечь, сохранить для потомков. Это ведь не только яркое художественное отображение депрессивных переживаний, но и символ нашего труда, нашего желания помочь заболевшим людям. Равнодушно взирать на это прекрасное творение нельзя. Все надо сделать для его сохранения.

Как мы поработали в 2006 году: наши показатели

Заболеваемость психическими расстройствами – 301 на 100 тыс. (2005-300, РФ – 355). Болезненность – 2330 (2005 – 2334, РФ – 2350). Первичный выход на инвалидность 2,6 на 10 тыс. (2005 – 3,0, РФ – 4,1). Под амбулаторным наблюдением находилось 155062 чел. (2005 – 155002). Это составляет 2,3% от населения (РФ – 5,2%). Кочный фонд психиатрических стационаров сократился с 9192 (2005) до 9157 (2006). Число пролеченных в стационаре уменьшилось с 74622 (2005) до 70885 (2006), то есть на 3737 чел. Показатель работы койки – 326,5 (РФ – 334). Оборачиваемость койки не изменился и составляет 7,7. Летальность уменьшилась с 249 (2005) до 225 (2006) на 10 тыс. выживших из стационара больных. Лечение в дневных стационарах получили 2655 больных (1,6% от находящихся под психотерапевтическим наблюдением). Трудотерапией охвачено только 0,9% от числа находящихся под диспансерным наблюдением. Количество нуждающихся в помощи в ПНИ постоянно увеличивается. Число переводимых в ПНИ снижается: 60 (2005) против 54 (2006).

В.В.Грибков

Лучший психиатр 2006 года - врач-нарколог

В Москве состоялась торжественная церемония награждения победителей конкурса «Лучший врач года-2006». Лауреаты мероприятия получили хрустальные статуэтки Богини здоровья Гигиены, дипломы и ценные подарки. Это был уже шестой такой конкурс. Напомним, что на предыдущем конкурсе лучшим главным врачом страны был признан Г.И.Шурыгин – главный врач областной психиатрической больницы № 8 (Орехово-Зуево). В 2006 году лучшим психиатром был признан главный врач Брянского областного наркологического диспансера Владимир Харитоненков. Психиатр-нарколог из Брянска не раз был отмечен почетными грамотами и благодарственными письмами городской администрации за целенаправленную работу по противодействию злоупотреблению наркотиками и пропаганду здорового образа жизни. В середине декабря 2006 года ему был вручен знак МВД России «За содействие МВД России» - за заслуги в борьбе с незаконным оборотом наркотиков и усилия по противодействию распространения наркомании.

Источник: www.strana.ru

Аксакалы! Живите спокойно - первичная специализация или интернатура вам уже не грозят

Порядок допуска специалистов к медицинской деятельности установлен статьей 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. N 5487-1 (в ред. от 02.02.2006 г.). В соответствии с этим документом в Российской Федерации право на занятие медицинской деятельностью имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации, имеющие диплом и сертификат специалиста. Любые другие требования, предъявляемые к специалистам при допуске к профессии, являются незаконными. Тем не менее в 1999 году Минздрав РФ приказом от 27.08.1999 г. N 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (в ред. от 31.01.2006 г.) установил требование прохождения первичной подготовки специалистов. Этот приказ не был зарегистрирован Минюстом РФ и официально не опубликован. Такой документ, согласно пункту 10 Указа Президента РФ от 23.05.96 г. N 763 «О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти» (в ред. от 28.06.2005 г.), не влечет

правовых последствий, как не вступивший в силу. Он не может служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений, применения санкций к гражданам, должностным лицам и организациям за его невыполнение. Но даже если признать этот приказ действующим, он может распространяться только на тех, кто закончил медицинский или фармацевтический вуз после 2000 года. Это подчеркнуто письмом Минздрава РФ от 05.01.2001 г. N 2510/149-01-32 (примечание 1). В данном письме дано разъяснение, что специалисты со стажем работы по специальностям, требующей углубленной подготовки, имеют право продолжать работать без получения сертификата по основной специальности при условии прохождения очередных циклов повышения квалификации с периодичностью не реже одного раза в 5 лет.

Источник: Директор юридической компании «Юнико-94» М.И.МИЛУШИН, 21.12.2006
Консультант-плюс

Теперь больной может предъявить листок нетрудоспособности и по совместительству

Минсоцздрав РФ сообщил (письмо от 11 января 2007 г. N 79-ВС), что Федеральным законом от 29.12.2006 г. N 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию», который вступил в силу с 1 января 2007 года, выплата пособия по временной нетрудоспособности производится по всем местам работы застрахованного лица. При этом если гражданин на условиях внешнего совместительства работает в нескольких организациях, в случае временной нетрудоспособности, ему необходимо одновременно выдавать несколько листков нетрудоспособности для предъявления по каждому месту работы. На лицевой стороне листка нетрудоспособности, выдаваемого для предъявления по основному месту работы, в верхнем правом углу делается запись «основной», а на листке нетрудоспособности, выдаваемом для предъявления по месту работы по совместительству, делается запись «внешнее совместительство». В «Книгу регистрации листков нетрудоспособности» (учетная форма 036/у) на каждый листок нетрудоспособности заносится отдельная запись. В графе 9 «место работы и выполняемая работа» необходимо дополнять записями «основной», если листок нетрудоспособности выдан для предъявления по основному месту работы, и «внешнее совместительство», если листок нетрудоспособности выдан для предъявления по месту работы по совместительству. В «Журнале учета клинико-экспертной работы ЛПУ» (уч.ф. 035/у-02) делается одна запись независимо от числа листков нетрудоспособности, которые выданы пациенту, но в графе 11 надо указывать номера всех листков нетрудоспособности, выданных для предъявления по основному месту работы и по месту работы по совместительству.

Для проведения освидетельствования водителей на наличие опьянения нужна специальная подготовка

Письмо Минсоцздрава РФ от 20 декабря 2006 г. № 6840-ВС предписывает, что врачу (фельдшеру), проводящему медицинское освидетельствование на состояние опьянения, необходимо пройти дополнительную специальную подготовку по программе, утвержденной приложением № 7 к приказу Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308. Ее прохождение подтверждается документом произвольной формы с указанием даты выдачи, подписью руководителя наркологического учреждения и печатью учреждения. Срок действия данного документа - 3 года. Данное письмо Минсоцздрава указывает, что в тех случаях, когда выносится заключение об отсутствии признаков алкогольного опьянения, акт подписывается не только врачом (фельдшером), проводившим освидетельствование, но еще и руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации. При его отсутствии на акте должна быть вторая подпись кого-либо из врачей (фельдшеров) этой медицинской организации, кто прошел специальную подготовку по вопросам медицинского освидетельствования на состояние опьянения водителей транспортных средств, и печать

медучреждения. Является ли отсутствие у пациента регистрации в данном населенном пункте основанием для оказания услуги на платной основе? В соответствии с Конституцией РФ каждый, кто законно находится на территории Российской Федерации, имеет право свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства (ч. 1 ст. 27). Статьей 3 Закона «О праве граждан Российской Федерации на свободное передвижение, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» от 25.06.93 г. (в ред. от 18.07.2006 г.) установлено, что граждане Российской Федерации обязаны регистрироваться по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации. Однако, регистрация или отсутствие таковой не могут служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан, предусмотренных Конституцией и законами РФ, Конституциями и законами республик в составе РФ. Статьей 41 Конституцией РФ гарантируется право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Согласно данной статье, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Следовательно, отсутствие у пациента регистрации в данном населенном пункте не может служить основанием для оказания услуги на платной основе. Старший преподаватель кафедры медицинского права Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова Ю.В.ПАВЛОВА 06.12.2006 (Консультант-плюс)

Подходит к концу пятилетия российско-канадская программа совершенствования психиатрической помощи в России

Она осуществлялась коллегами из университета города Калгари в рамках проекта «Общественная реабилитация в психиатрии». Ее участником была, в частности, Тамбовская областная психиатрическая больница. Что изменилось в Тамбове за четыре года? Бет Эванс и Фэй Кнудсон, сотрудники Университета Калгари, провели на Тамбовщине пять дней, а итоги этого визита подвели на заключительном круглом столе. Психосоциальная реабилитация вошла в повседневную работу больницы и даже во внебольничную жизнь. А это значит, цель нашей российско-канадской программы можно считать достигнутой. Сегодня пациент попадает в руки бригады, в которую кроме врача-психиатра входят психолог, социальный работник и специалист по социальной работе. За время действия программы «Общественная реабилитация в психиатрии» в тамбовской больнице появилось отделение первого психотического эпизода. Там пациентов возвращают к полноценной жизни, не вырывая их из привычной социальной среды. Бет Эванс, директор программ по продвижению психического здоровья Университета Калгари, подводя итоги круглого стола, отметила, что психиатрическая помощь в Тамбовской области в сравнении с другими регионами идет сегодня на шаг вперед - и по охвату пациентов психосоциальной реабилитацией и по квалификации врачей.

Источник: АНО «Новая Тамбовщина»

Хочешь бросить курить? Получи по уху!

Ученые выявили, что при ушибе определенной части головы, около уха, у человека может навсегда пропасть зависимость от курения. Люди, которые получили подобный удар и прекратили курить, обнаружили, что «их организм забыл про необходимость затянуться сигаретой». Это открытие, описанное в журнале «Наука», сосредоточило внимание исследователей на островковой доле большого мозга, которая, очевидно, является важнейшей частью системы, отвечающей за зависимости. «Впервые нам удалось выяснить, что повреждение определенной области мозга может полностью устранить проблему зависимости», — сказала доктор Нора Волков, директор Национальной организации по злоупотреблению лекарствами, которая профинансировала это исследование., - «Это беспрецедентное открытие». Исследователи обнаружили, что после прекращения курения после удара в область островковой доли большого мозга аппетит пациентов не пострадал.

Это доказывает, по мнению экспертов, что область островковой доли большого мозга важна для такого типа характера, для которого приятны телесные ощущения, возникающие при курении сигарет. Исследователи все же предлагают лечение не в виде ударов в области уха, а с помощью симуляции некоторых видов физических ощущений, вызванных привычкой. Например, их можно реализовать с помощью ингаляторов. «Вопрос в том, может ли человек научиться управлять областью островковой доли большого мозга, — сказала Волков. - Сегодня именно эта область в центре внимания».

Источник: Iht.com

Психофармакология

Как лечат российские психиатры

15 ноября 2005 г. в рамках XIV съезда психиатров России на сателлитном симпозиуме фирмы «Санофи-Синтелабо» был проведен интерактивный опрос 150 врачей-психиатров. Опрос касался вопросов выбора того или иного антипсихотического препарата при лечении различных клинических вариантов шизофрении, в т. ч. с учетом соматического статуса больного. За год до этого, в июне 2005 г., близкий по смыслу опрос 500 врачей европейских стран был проведен профессором Y. Lecrubier в рамках 6 Международного конгресса по психиатрии в Афинах. И в Афинах, и в Москве вопросы касались предпочтений врачей в выборе той или иной терапии при различных клинических ситуациях у больных шизофренией. При лечении продуктивных (позитивных) расстройств наши врачи отдают предпочтение традиционным нейролептикам и рисперидону, а европейцы предпочитают любые атипичные антипсихотики (кроме клозапина) и даже при купировании острых психотических состояний в три раза реже применяют традиционные нейролептики. При выборе антипсихотика для лечения больных с преобладанием негативной симптоматики и в России, и в Европе врачи отдали предпочтение амисульприду. Кроме амисульприда, наши врачи называли еще рисперидон, оланзапин и кветиапин. При преобладании кататонической или гебефренической симптоматики они предпочитают лечить больных традиционными нейролептиками, включая мажептил, аминазин, галоперидол, а среди атипичных – клозапин. У больных с психомоторным возбуждением и агрессивностью половина опрошенных у нас высказались в пользу традиционных нейролептиков. Наличие депрессивной симптоматики практически предопределяло выбор амисульприда, которому в два раза уступали рисперидон и кветиапин. Европейцы тоже в основном выбирали амисульприд; вслед за ним шли оланзапин, кветиапин и только потом рисперидон и zipразидон. Заметные различия между аудиториями отмечались в отношении длительности первого курса терапии при отсутствии выраженных побочных эффектов. Более 70 % наших врачей лечат 2–4 недели, тогда как большинство европейских психиатров предпочитают лечить первый приступ 4–8 недель. В случае отсутствия эффекта в течение 2–4 недель большинство наших врачей начали стремиться увеличивать дозу препарата. Большинство же наших европейских коллег считает, что в первую очередь надо проверить комплаентность, т. е. принимает ли больной предписанную терапию. Наши врачи, в отличие от европейцев, с самого начала лечения (т. е. с первого курса) стремятся использовать парентеральный путь введения. К полинейролепсии склонны 20 % российских психиатров и только 9 % зарубежных. При отсутствии эффекта после 2–4 недель подавляющее большинство наших врачей считают, что терапию следует решительно менять и переходить либо к терапии другим атипичным антипсихотиком, либо другим традиционным нейролептиком. Среди европейских психиатров такого мнения придерживается только 25 % опрошенных, большинство же предпочитает увеличить дозу применяемого антипсихотика. Другими словами, европейские психиатры, в отличие от российских, предпочитают более консервативную тактику и считают необходимым прежде всего убедиться, что применяемый в виде монотерапии препарат действительно

неэффективен. При резистентности к терапии наши врачи предлагают переходить к ЭСТ, а небольшая часть врачей (7%) вспоминают инсулимотерапию. За рубежом инсулинолечение не применяется уже давно и о ней не вспоминают. Там предпочитают атипичные антипсихотики. При оценке побочного эффекта выяснилось, что наши врачи не придают гиперпролактинемии, что это связано с недостаточным опытом применения новых препаратов. А внимание наших психиатров ко все еще редко применяемому амисульприду, возможно, связано с их стремлением оправдать ожидания спонсора симпозиума, так как ответы российских респондентов нередко отличались не только от мнения европейских коллег, но и расходились с научными данными. Любопытно, что меньше половины российских врачей при выборе лечения доверяют информации, почерпнутой из научной литературы. 38% заявили, что не доверяют никому и опираются только на собственный опыт.

Источник: Журнал «Терапия психических расстройств» №1, 2006

Традиционные и атипичные антипсихотики: соотношение лечебного эффекта, побочного действия и материальных затрат

Семейство новых нейролептиков, получивших название «атипичных», появилось после работ американского психиатра Дж. Кэйна (J.Cane et al., 1988). Он показал, что клозапин эффективен при лечении больных шизофренией с негативными симптомами, резистентных к другим видам терапии. Эта работа очень воодушевила психиатров, привыкших считать негативную симптоматику в принципе недоступной фармакотерапии. После этого клозапин стали применять, даже не считаясь с тем, что он может привести к агранулоцитозу. Отчетливые клинические преимущества клозапина определили направление поисков новых препаратов, как и клозапин, не дающих экстрапирамидного побочного эффекта, и лишенных таких неприятной способности клозапина влиять на белую кровь. В результате в 1994 году появился Risperidone (Рисполепт); в 1996 году - olanzapine (Зипрекса); в 1997 году - quetiapine (Сероквель). Это была первая тройка нового поколения нейролептиков. Они стали активно внедряться в психиатрическую практику. Однако в дальнейшем возникли сомнения, так ли они хороши. Мы приводим результаты исследования, породившего эти сомнения и комментарии к ним ведущих российских психиатров.

CATIE: атипичные антипсихотики не имеют заметных преимуществ

Исследование Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) было организовано Национальным институтом психического здоровья США (NIMH) для сравнения эффективности антипсихотических препаратов первого и второго поколений. Исследование финансировалось NIMH. Оно было проведено в период между январем 2001 г. и декабрем 2004 г. в 57 клинических центрах США Двойным слепым методом сравнивались перфеназин (этаперазин) с атипичными антипсихотиками (оланзапин, кветиапин, рисперидон и зипразидон). На протяжении 18 месяцев клинических испытаний пациенты ежемесячно посещали врача. Эффективность лечения определялась по частоте выбывания из него. Дополнительным параметром эффективности стала динамика баллов по шкалам позитивных и негативных синдромов (PANSS) и Общего клинического впечатления (CGI). В целом, 74 % пациентов досрочно прекратили прием всех исследуемых препаратов; отличия не достигали статистической достоверности. При приеме оланзапина досрочные исключения из исследования чаще происходили вследствие увеличения веса или метаболических расстройств, при приеме перфеназина – вследствие возникновения экстрапирамидных расстройств. Принимая во внимание частоту досрочного исключения из исследования, оланзапин оказался наиболее эффективным, а эффективность перфеназина оказалась схожей с эффективностью кветиапина, рисперидона и зипразидона. Общий балл PANSS и CGI редуцировался в течение исследования во всех группах. Изначально улучшение было максимальным в группе оланзапина, однако с течением исследования это преимущество

уменьшилось. В группе оланзапина отмечалась более значительная редукция психопатологических симптомов, большая продолжительность успешного лечения и более низкая частота госпитализаций вследствие развития обострения. Результаты по другим антипсихотическим препаратам второго поколения и традиционному нейролептику перфеназину были сходными по большинству показателей. Важно отметить, что различия между оланзапином и перфеназином были умеренными. Но в отличие от других исследуемых препаратов прием оланзапина сопровождался более выраженным увеличением веса и большим изменением показателей метаболизма глюкозы и липидов.

Источник: Журнал «Терапия психических расстройств» №1,2006

Рекомендации совета экспертов: атипичные антипсихотики нужны

В 2003 году стали известны результаты опроса 47 ведущих экспертов в области психофармакологии в США (J.Kane et al.). Это было сделано для того, чтобы помочь специалистам в принятии решений в выборе препаратов для лечения больных и получить ответы на те вопросы, которые остались неясными в ходе клинических исследований. Эксперты пришли к согласию в том, что с появлением атипичных нейролептиков результаты лечения существенно улучшились и больше внимания стало уделяться здоровью и самочувствию больных как в краткой, так и в долгосрочной перспективе. Подавляющее большинство экспертов рекомендовало атипичные антипсихотики для лечения психических расстройств. Лучшим из них был признан рисперидон, в особенности для терапии первого эпизода. Было подчеркнуто, что при применении новых препаратов надо следить за всеми показателями здоровья пациента. Здесь особенно важны ожирение и сахарный диабет. Необходимо и регулярно следить за уровнем липидов, пролактина и ЭКГ. Эксперты подчеркнули, что никаких рекомендаций по разрешению проблем при лечении каждого отдельного пациента быть не может. Суждение специалиста должно основываться на его собственном клиническом опыте.

Источник: J. Of Clinical Psychiatry, V.64, suppl. 12, 2003.

Психиатры-практики США сомневаются в полезности проекта САТIE

Результаты исследования САТIE явились неожиданностью и для исследователей, и для психиатров-практиков, что отразилось в оживленной дискуссии на страницах журнала New England Journal of Medicine. Одни специалисты отнеслись к ним позитивно, считая, что полученные выводы можно передать практическим психиатрам как рекомендации к действию. Другие выдвинули ряд серьезных возражений. Так, доктор Mark Ragins сообщил, что показатели эффективности психофармакотерапии в исследовании САТIE значительно ниже, чем те, которые он имеет в своей клинической практике. Передавая не только свое мнение, но и мнения своих коллег, доктор M.Ragins считает, что в среде практикующих врачей все больше нарастает неудовлетворенность результатами психофармакологических исследований в рамках доказательной медицины.

Все больше различий между данными, полученными в рамках протоколов, и клиническим опытом. В частности, он обратил внимание на те аспекты психофармакотерапии, которые он считает очень важными, и которые совсем не учитываются при проведении рандомизированных исследований с использованием психометрических шкал. Так, при оценке эффективности лечения исследователей совсем не интересует, каковы взаимоотношения между врачами и пациентами, как пациенты относятся к терапии, помогает ли лечение изменить к лучшему жизнь пациента или оно ставит задачей лишь контроль над симптомами. Исследователей, как правило, не интересует, является ли психофармакотерапия частью более широких терапевтических программ. Доктор M.Ragins выразил сомнение, что в ходе САТIE психофармакотерапия была использована лишь как инструмент, ускоряющий процесс выздоровления.

Позицию доктора Ragins поддержали другие психиатры. J.A.Pandiani и S.M.Banks, разделяя точку зрения M.Ragins, обратили внимание на важные дополнительные эффекты атипичных антипсихотиков, неучитываемые формальными психометрическими шкалами: при применении новых препаратов снижается число криминогенных ситуаций, в которые попадают больные. M.Ragins, а также J.A.Pandiani и S.M.Banks говорят о том, что результаты CATIE надо рассматривать как предупреждение – но не врачам, пациентам, их родственникам или страховым компаниям, а скорее как предупреждение исследователям, как призыв к ним по иному организовать исследовательский процесс. Доктору M.Ragins отвечали два ведущих автора проекта CATIE, J.Lieberman и J.Hsiao. Они уверяли, что главный результат этого проекта – получение наглядного доказательства того, что психофармакотерапия должна быть в высшей степени индивидуализирована, «скроена под конкретного человека».

Результаты CATIE не закрывают возможности, а, по мнению авторов, открывают новые терапевтические потребности. Эти результаты говорят, не о том, что антипсихотики первого поколения могут заменить или вытеснить антипсихотики второго поколения, а свидетельствуют, что одна часть пациентов может хорошо реагировать на терапию антипсихотиками второго поколения, но другая часть – и на терапию «старыми» нейролептиками, которые не нужно сбрасывать со счетов. Заключая дискуссию, редакция журнала подчеркнула, что появление атипичных антипсихотиков заставляет и исследователей, и врачей-практиков учитывать потребности больных в человеческом к ним отношении. В этом их принципиальная новизна. Новые препараты и их новые эффекты требуют дополнительного внимания к больным со стороны их лечащих врачей.

М.А.Морозова

Неоправданные ожидания эффекта, большие затраты и немало вреда

При применении атипичных нейролептиков не дифференцировали первичную негативную симптоматику, связанную с течением самого шизофренического процесса, и вторичную, обусловленную воздействием нейролептических средств. В действительности же влияния атипичных антипсихотических препаратов на первичную негативную симптоматику и на нейрокогнитивные нарушения обнаружено не было. Применение атипичных антипсихотиков не сводит к нулю и риск возникновения побочных неврологических эффектов, а некоторые осложнения (ажитация, злокачественный нейролептический синдром) по-видимому одинаково часто возникают при терапии классическими и современными препаратами. Вместе с тем новые антипсихотики приводят к возникновению серьезных эндокринных и метаболических побочных эффектов, удлинению интервала QT на ЭКГ, что чревато риском внезапной сердечной смерти. При их применении повышен риск возникновения нарушения мозгового кровообращения. Стоимость новых препаратов значительно выше стоимости классических. Так, затраты на атипичные антипсихотические препараты в 2001 г. Департамента по делам ветеранов США составили 90 млн USD (11,8% от общих затрат психиатрической помощи). Если бы вместо атипичных препаратов применялись типичные, затраты составили бы только 11 млн USD. В США считают, что затраты на атипичные антипсихотики оправданы, но эти выводы можно применять только для системы здравоохранения США, так как там стоимость госпитализации очень велика. При учете низкой стоимости госпитализации в других странах, галоперидол оказывается экономически более эффективным препаратом. Во многих обзорных исследованиях, посвященных сравнению антипсихотических препаратов, указывается на возможность искажения приводимой информации в пользу препаратов тех фирм, которые финансировали эти исследования. Таким образом, на данный момент нет оснований считать атипичные антипсихотические препараты более эффективными. Их преимущества над типичными не очень значительны. Мы считаем, что на данный момент нет оснований считать атипичные препараты выбора для терапии шизофрении. В каждом клиническом случае препараты

могут выбираться из обеих групп после оценки индивидуального риска для данного пациента.

Источник: Проф. Б.Д.ЦЫГАНКОВ «Психиатрия и психофармакотерапия», том 8, № 6, 2006

Выбор препарата должен делать лечащий врач

Публикация предварительных данных исследования CATIE безусловно явилась одним из главных событий в мировой психиатрии в 2005 г. Принимая во внимание ряд методических недостатков исследования, нужно признать, что даже предварительные данные крайне любопытны и неоднозначны. Основным результатом можно считать весьма неутешительный факт, что глобальная эффективность современной антипсихотической фармакотерапии остается недостаточной: Драматических различий по эффективности между новым и старым поколением антипсихотиков выявлено не было, а для некоторых препаратов они и вовсе отсутствовали. Учитывая колоссальные различия в стоимости новых и старых препаратов, эти данные заставляют еще раз задуматься и более трезво взвесить фармакоэкономическую обоснованность широкого внедрения атипичных антипсихотиков. Во всяком случае, нужны новые тщательно спланированные и корректно выполненные сравнительные фармакоэкономические исследования. Безусловно, окончательное решение при выборе того или иного препарата должен принимать врач, тщательно оценивая индивидуальную клиническую ситуацию и взвешивая соотношение между эффективностью препарата и риском развития тех или иных побочных эффектов.

Источник: Проф. С.Н.МОСОЛОВ «Терапия психических расстройств» №1,2006

Новые нейролептики требуют от психиатра тонкости диагностики и высокого профессионализма

Появление атипичных нейролептиков потребовало от психиатров выработки навыков более тонкой психопатологической диагностики. Способность симптома поддаваться терапевтическому воздействию была обозначена термином «терапевтическая подвижность». Оказалось, что надо уметь выявлять и в структуре сложного психопатологического синдрома признаки негативной психопатологии - проявления эмоционально-волевого оскудения и нейрокогнитивного дефицита, которые требуют назначения не традиционных, а атипичных антипсихотиков. Изучение атипичных нейролептиков показало также, что при их применении приходится опираться не на характер отдельных симптомов, а на структурную конфигурацию расстройств, представленных в статусе больного, структурно-динамические соотношения между ними. Все это дало возможность сформировать представление о фармакогенных динамических симптомокомплексах. Они отличаются от известных синдромов. Оказалось, что чем тяжелее, чем ярче выражены дефицитарные симптомы в структуре галлюцинаторного или галлюцинаторно-бредового состояния, тем лучше его терапевтическая динамика. Это в особенности относится к такому дефицитарным расстройствам, как дезорганизация мышления и коммуникативные нарушения. Наши исследования позволили выявить и те элементы синдрома, которые определяют его терапевтическую неподвижность. Так, не когнитивный, а первичный мотивационно-эмоциональный дефицит указывает на нарушения, выходящие за рамки возможностей атипичного антипсихотика на любом этапе течения шизофрении. Обращает на себя внимание факт, что эмоционально-волевой и когнитивно-волевой дефицит имеют принципиально разную чувствительность к атипичному антипсихотику, а значит не собственно волевые расстройства являются причиной терапевтической инертности состояния, а степень их связи с эмоциональной или познавательной областями психической жизни. По-видимому, все симптомы эмоционально-волевого и когнитивного дефицита попадают в поле фармакогенного действия лишь при сочетании с позитивными\ нарушениями. Терапевтический эффект опосредуется через влияние на психотические нарушения, которые в свою очередь оказываются подвижными при подвижности

когнитивных симптомов. Важным предиктором подвижности негативного симптома, возможно, является не только его актуальность и тяжесть в период остроты, но и доступность этого расстройства для рефлексии пациента. Применение атипичных антипсихотиков позволило обнаружить и еще один важный факт. Было замечено, что при терапии атипиками тревога вдруг меняет свой психопатологический контекст. По мере нарастания упорядоченности мышления, аффективных и волевых нарушений, прежде диффузная напряженность и беспричинное беспокойство сменяются тревогой о конкретных реальных проблемах и событиях. При этом выявилась на первый взгляд парадоксальная закономерность: чем выше нарастал уровень тревоги у больного по мере лечения, тем выше была его социальная активность и уровень адаптации. Эти находки требуют от врача повышать не только уровень психопатологического анализа, но и менять отношение к больному, помогать мобилизации его психического ресурса на борьбу с патологией.

Докт.мед.наук М.А.МОРОЗОВА (НЦПЗ)

Исследования открывают только часть правды. Вся правда обретается с клиническим опытом

Выступая недавно в ЦМОКПБ на учебно-практической конференции, посвященной применению атипичных нейролептиков, проф. В.Г.Ротштейн подчеркнул, что информация о лекарствах рождается в ходе, во-первых, психофармакологических исследований, во вторых, при клинических испытаниях в рамках так называемой доказательной медицины, и, в третьих, на основании клинического опыта. Каждый из этих методов имеет свои сильные и слабые стороны, свою область применения, свои ограничения. Нейрофармакологические исследования дают нам представления о том, почему тот или иной препарат действует на ту или иную симптоматику. Выводы из них являются чисто теоретическими и не более того. Эти исследования к клинике никакого отношения не имеют. Клинические испытания в рамках т.н. доказательной медицины - ближе к клинике, они проводятся на больных. Они имеют очень большие достоинства, но и определенные ограничения. В чем их достоинство? Они проводятся строго, четко и оценка результатов стандартна. Но есть и недостатки. Главный из них – эти рафинированные, тщательно отобранные группы пациентов не имеют практически ничего общего с теми пациентами, которых мы лечим каждый день. Клинические испытания несут информацию не об эффективности препарата и показаниях к применению, а о его свойствах, выявленных в специальных условиях, далеких от реальной клинической практики. Большим доверием у врачей пользуется третий метод – клинический опыт. Правда, изучение эффективности лекарства на основании клинического опыта тоже имеют свои недостатки. Материал всегда ограничен, опыт накапливается медленно, оценки субъективны. Поэтому правильно, что в оценке эффективности препаратов используются все три источника информации.

Проф. В.Г.РОТШТЕЙН (НЦПЗ)

Нейрометаболические средства в терапии пациентов, перенесших тяжёлую черепно-мозговую травму (сообщение второе)

Мы продолжаем цикл мини-лекций, посвящённый применению нейрометаболических средств (НМС) у пациентов, перенесших тяжёлую ЧМТ. В первой были рассмотрены общие вопросы применения нейрометаболических средств, история их появления, подходы к классификации, место НМС в нейрореабилитологии. Сегодня будут рассмотрены некоторые аспекты применения отдельных групп НМС.

«Классические ноотропы.» К этой группе относят: пирацетам (ноотропил и др.), аминалон (гаммалон), пантогам, энцефобол, ацефен, фенибут. Они повышают эффективность психической деятельности, стимулируя нейрометаболизм и защищая мозг от гипоксии. Из-за наличия стимулирующего компонента действия у большинства этих препаратов их следует назначать в утренние и дневные часы. Исключение составляет обладающий седативным

действием фенибут. Ноотропное, мнемотропное, антиастеническое и активирующее действия наиболее выражены у ноотропила, несколько слабее - у энцефабола и аминалона. Антипаркинсоническое, антидискинетическое, антиэпилептическое, легкое транквилизирующее действие - у пантогама, антидепрессивное и стимулирующее действие - у энцефабола, вазовегетативное - у аминалона и ацефена.

Часто приходится сталкиваться с продолжением применения высоких доз стимулирующих ноотропов при уже наступивших возбуждении или других продуктивных расстройствах (конфабуляторных, бредоподобных, галлюцинаторных). Для их купирования достаточны снижение доз, временная отмена или замена стимулирующих НМС седативными (например, пирацетам, фенибут). Препараты общеметаболического действия. К ним можно отнести полипептидные препараты: церебролизин, кортексин и семакс, а так же глицин, глутаминовую кислоту, наком и леводопу, глиатилин, витамины группы В.

Наименьшей специфичностью воздействия на организм обладают витамины группы В, а также улучшающие белковый обмен церебролизин, актовегин, кортексин. Преимущественно на подкорковые нарушения влияют наком и леводопа: они повышают уровень дофамина. Кортиксы улучшают глицин и глутаминовая кислота. Кортиксы и семакс имеют явные преимущества при лечении больных с корсаковским синдромом. Актопротекторы. Здесь имеются в виду лишь бемитил, и нейромидин (ипидакрин). При использовании этих препаратов возрастают концентрация внимания, продуктивность психических процессов, активизируется психомоторная сфера. Эффект актопротекторов различен в зависимости от стороны преимущественного поражения мозга: нейромидин предпочтительнее применять, если преобладают нарушения, зависящие от левого полушария (аспонтанность, речевые и идеаторные выпадения), бемитил - правого (нарушение пространственно-временного гнозиса). Цереброваскулярные препараты - это кавинтон (винпоцетин), сермион, циннаризин (стугерон), нимодипин (нимотоп), танакан и др. Заметным психостимулирующим действием обладает кавинтон; несколько менее выражено оно у сермиона, танакана, вазобрала. Циннаризин, напротив, имеет легкий седативный эффект.

Общие принципы назначения НМС: 1) Адекватность выбора препарата, его дозировки и пути введения, а также учет возможных сопутствующих эффектов. а) Особо грубые расстройства требуют высоких доз наиболее сильных препаратов (таких как ноотропил, наком, нейромидин), и, наоборот, при умеренных нарушениях возможно применение менее сильных препаратов (пантогам, глицин) в меньших дозировках. б) При длительно существующих, затяжных расстройствах целесообразно использовать более сильные препараты и их сочетания в более высоких дозах для предотвращения перехода нарушений в хронические, резистентные к лечению формы. При наличии пароксизмов предпочтение следует отдать пантогаму, фенибуту, поскольку нейромидин, энцефабол, ноотропил могут усиливать судорожную готовность. в) Сопутствующие эффекты препаратов могут быть как благоприятными, так и неблагоприятными. Благоприятно стимулирующее перистальтику ЖКТ холиномиметическое действие нейромидина у больного с задержкой стула. Это же действие может быть неблагоприятно, если у больного - гиперсаливация, усиленная моторика ЖКТ, узкие зрачки, гиперкинезы, повышенный мышечный тонус.

Препараты надо вводить парентерально при желудочно-кишечных нарушениях, эндоназально или трансорбитально (путем электрофореза) при нежелательности инъекций. г) Индивидуальные особенности больного (возраст, вес, правшество-левшество, реакции на препараты и т.д.). Более низкие дозы лекарств должны быть у пожилых больных: из-за медленного течения обменных процессов лечение стандартными дозами часто приводит к кумуляции с побочными эффектами. Часты побочные и парадоксальные эффекты препаратов и у больных с моторным или сенсорным левшеством. Например, гиперкинезы при назначении ороцетама возникали только у левшей; нейромидин у левшей может вызывать успокоение и даже сонливость.

2) Постепенное наращивание дозировок НМС до появления первых признаков положительного эффекта; дальнейшее наращивание - при отсутствии дальнейших положительных изменений в состоянии и побочных эффектов НМС. Дозы должны быть минимально эффективными, чтобы избежать возбуждения, конфабуляций, бредоподобных и пароксизмальных расстройств, на фоне которых достигнутое улучшение познавательных функций становится спорным.

3) Комплексность лечения - одновременное (в пределах курса) назначение ноотропных, общеметаболических и цереброваскулярных препаратов. При необходимости подключаются актопротекторы. Важно при этом избежать дублирования механизмов действия и влияния на одни и те же психические процессы. При назначении НМС с препаратами из других фармакологических групп следует принимать во внимание возможность противоположных действий. Поэтому нецелесообразно одновременное назначение дофаминомиметического накома и дофаминолитического галоперидола, холиномиметического нейромидина и холинолитического amitriptилина. Другая ошибка - одновременное назначение нейрометаболической терапии и рекомендации по избежанию психических нагрузок, обеспечению условий лечебно-охранительного режима, что может привести к сенсорной депривации, а эффект НМС при этом крайне трудно обнаружить.

4) Непрерывность воздействия – чередование курсов НМС одного за другим до отдаленного периода ЧМТ, когда между курсами уже допустимы перерывы.

Доктор медицинских наук, наук О.С.Зайцев, НИИ НХ им. Н.Н.Бурденко РАМН

Как появилась психофармакотерапия

После окончания Второй мировой войны Франция начала борьбу по усмирению Вьетнама. Вьетнамцы широко использовали противопехотные мины, раны от которых часто вызывали травматический шок. К этому времени медикам уже было известно, что одной из причин травматического шока является выделение из клеток гистамина. Многие фармацевтические фирмы занялись поиском лекарств, которые блокировали бы действие гистамина. Среди них была и французская фармацевтическая фирма «Special», исследовавшая антигистаминную активность производных фенотиазина. Неожиданно обнаружилось, что антигистаминный препарат этого класса соединений - прометазин способен оказывать на больных успокаивающее действие, вызывать заторможенность и даже сонливость.

Это действие прометазина сначала считали побочным, пока в 1950 году французский военный врач Анри Мари Лабори не указал на возможность использования тормозящего эффекта препарата в анестезиологии. Заторможенности не было, но в ряде случаев обезболивающий эффект препаратов был настолько силен, что больным после операции не требовался морфин. В конце 1950 года на основе 2-хлорфенотиазина было синтезировано новое соединение, ставшее известным под шифром 4560-R.P. Позднее его назвали хлорпромазином, затем ларгактилом. Клиническое изучение хлорпромазина началось в мае 1951 года, когда А. Лабори впервые применил его при подготовке больных к операции. После внутривенного введения 50-100 мг препарата при выраженном обезболивающем и тормозящем действии у больных не нарушались ни сознание, ни психика, отмечалась лишь сонливость. Наибольшее впечатление произвело то, что хлорпромазин блокировал условные рефлекс.



Первыми, кого Лабори удалось убедить попробовать хлорпромазин в клинике, были его коллеги, военные психиатры из парижского госпиталя Val de Grace. 19 января 1952 года стало днем рождения психофармакологической эры. В этот день хлорпромазин получил первый больной, страдавший тяжелым расстройством психики. Ему не помогли ни длительная госпитализация, ни шоковая терапия. Через 20 дней после начала лечения

хлорпромазином он вышел из больницы практически здоровым. Сообщение об этом случае было сделано 25 февраля того же года на заседании парижского медико-психологического общества. Спустя месяц медики в больнице Святой Анны в Париже начали изучать возможности применения хлорпромазина в клинике. Уже в 1952 году хлорпромазин стремительно распространился по психиатрическим клиникам Европы, а начиная с 1953 года он разошелся по клиникам всего мира. В 1955 году его синтезировали в Советском Союзе. Препарат получил название аминазин. Его стали широко и успешно применять в психиатрии и других областях отечественной медицины.

В октябре 1955 года в Париже состоялся первый Международный конгресс по применению аминазина и сходных с ним веществ в терапии психических заболеваний. На этом конгрессе впервые прозвучал термин «нейролептики», буквально означающий «воспринимаемые нервной системой». Речь идет о группе лекарственных препаратов, когда-то объединенных под общим названием «депримирующие средства»: от латинского слова «deprimo» - подавлять, умирять, придавливать.

Другое название успокаивающих средств, появившееся в 1957 году, - «транквилизаторы» произошло от латинского слова «tranquillare» - успокаивать. Сам термин родился в лечебном заведении для психических больных - знаменитом лондонском «Бедламе», где буйных привязывали к специальному креслу, которое и называлось «транквилизатор». Сначала говорили о больших и малых транквилизаторах. Большие применяли при тяжелых расстройствах психики (психозах), малые - при функциональных расстройствах нервной системы (неврозах) или просто при неврозоподобных состояниях. Сейчас термин «транквилизаторы» сохранился только за этой группой препаратов. Ранее такие лекарства называли седативными средствами (лат. sedatio - успокоение), снижающие общую возбудимость. Сюда относили, главным образом, препараты брома (бромиды натрия и калия).

Первым «переходным» (от седативных к анксиолитикам) препаратом стал мепротан (мепробамат), который применяется и сейчас при неврозах и неврозоподобных состояниях. Он был синтезирован в 1952 году. Другие, более сильные транквилизаторы стали относить к группе анксиолитиков (лат. anxietas - страх; греч. litikos - ослабляющий) или лекарств, подавляющих тревогу. А термин «большие транквилизаторы» исчез совсем, его заменили понятием «нейролептики».

Доктор медицинских наук В. ПРОЗОРОВСКИЙ. Журнал «Наука и Жизнь» №6, 2005

Юбилей

Юбиляры января

Чуть больше 25 лет со дня рождения

5 января – Зоя Владимировна ТИТОВА – зав. отделением областной психиатрической больницы № 23 (Наро-Фоминск).

7 января – Светлана Станиславовна БЕЛКОВСКАЯ – врач-психиатр областной психиатрической больницы № 13 (г. Клин).

8 января – Галина Яковлевна ПОДГОРНАЯ – зав. дневным стационаром Люберецкого психоневрологического диспансера. Психиатр первой категории, активная общественница, председатель ревизионной комиссии профкома. 14 января – Элеонора Соломоновна РАБИНОВИЧ – участковый врач-психиатр диспансерного отделения областной психиатрической больницы № 25 (г. Ногинск), врач-психиатр высшей категории.

15 января – Татьяна Борисовна Щербакова – врач судебно-психиатрический эксперт областного Центра судебно-психиатрической экспертизы (ЦМОКПБ), врач-психиатр высшей категории;

17 января – Татьяна Геннадьевна КНЯЗЕВСКАЯ – врач-психиатр областной психиатрической больницы № 17 (Курилово, Подольский район).

Дорогие юбиляры!

Сколько прожито лет –
Мы не будем считать.
Но хотим в Юбилей
Мы вам всем пожелать:
Не болеть, не стареть,
Ни о чем не жалеть
Никогда не скучать
Не ходить, а летать,
И еще много лет
Дни рожденья встречать.

Дорогие Юбиляры!

Пусть каждый день
Ваш будет светлым.
Пусть ваше сердце
Будет щедрым.
От всей души желаем
счастья,
В работе – радостных побед.
Пусть обойдут вас все
несчастья
Как будто их в природе нет!

55 лет со дня рождения

29 января – Михаил Николаевич ЗИМНИЦКИЙ – врач-психиатр областной психиатрической больницы № 14 (Дмитровский район);

60 лет со дня рождения

3 января – Николай Петрович НАЗИМОВ – судебно-психиатрический эксперт Коломенского филиала областного Центра судебно-психиатрической экспертизы (ЦМОКПБ), врач-психиатр высшей категории, заслуженный работник здравоохранения Московской области.

5 января – Владимир Иванович РЕВЕНКО - главный врач областной психиатрической больницы № 5 (г. Хотьково);

65 лет со дня рождения

1 января – Вячеслав Иванович ЖУРАВЛЕВ – зав отделением областной психиатрической больницы № 5 (Хотьково), врач-психиатр высшей категории.

Юбилеи предстоящие

12 февраля – Гирина Лидия Александровна – врач-психиатр кабинета городской поликлиники, г. Жуковский; 17 февраля – Хакимзянов Раис Рамазанович – зав. отделением областной психиатрической больницы № 28 (г.Кашира);

21 февраля – Савицкая Зинаида Антоновна – зав. отделением областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко.

У В.И.Ревенко – юбилей

Заслуженный врач РФ Владимир Иванович Ревенко – яркая и заметная фигура в психиатрии и наркологии Московской области. Да и российским психиатрам и наркологам он известен не понаслышке. Один из зачинателей наркологической службы Московской области, он долгие годы был Главным наркологом области, а одно время и главным врачом Московской городской наркологической больницы № 17. Сейчас он – главный врач хорошо известной в стране Московской областной психиатрической больницы № 5, что в Абрамцево. Всегда спокойный, рассудительный – и в то

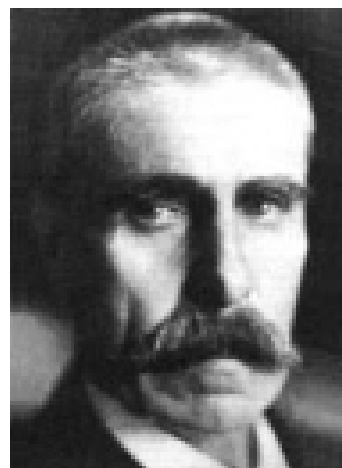


же время очень эмоциональный и добрый человек, он обладает особой, очень притягательной харизмой. Уважают и любят его все, кому приходится с ним сталкиваться – хоть по делам, хоть просто так. Притягивает и его человечность, и скрытая сила и мощь, волевой напор. Он ведь из спортсменов. Мастер спорта СССР, российский лыжник, А они упрямые, терпеливые и всегда достигают намеченных целей. Впереди у него – новые задачи, новые свершения. Мы желаем ему удачи и успехов. Во всех делах.

Все ж время катит помаленьку,
И все вперед, и все не вспять...
Хотим Владимиру Ревенко
Большого счастья пожелать.
Желаем, чтобы с нами рядом
Подольше оставался ты,
Оценивая зорким взглядом
Жизнь с юбилейной высоты.
Чтоб удавались все свершенья
На радость и тебе и нам.
И – не пугаться отраженья,
Собравшись бриться по утрам.
Друзья и Коллеги

150 лет со дня рождения Вагнер-Яурега

Австрийский психиатр Юлиус Вагнер-Яурегг родился в Велсе (Верхняя Австрия). Окончив Венский университет, В.-Я. работал в Институте общей и экспериментальной патологии вместе с Зигмундом Фрейдом, дружба с которым у него сохранилась на всю жизнь. В 1883 г. его пригласили на работу в психиатрическую клинику Венского университета. Там он изучал распространение эндемического зоба и кретинизма в Южной Австрии и отметил целебный эффект лечения йодом. В 1898 г. он предположил, что предотвратить эти заболевания можно, используя йодированную соль, и в 1923 г. австрийское правительство приняло решение выпускать пищевую соль с добавлением йода; спустя несколько лет Эмиль Кохер и его коллеги убедили правительство Швейцарии принять аналогичные меры. Внимание Вагнер-Яурега привлек и прогрессивный паралич. Прогрессивный паралич представлял настолько быстро усугубляющееся заболевание, что больные в большинстве случаев погибали через четыре года. Редкие пациенты, оставшиеся в живых, привлекли особое внимание В.-Я., поскольку, как он написал позднее, «наибольший интерес для врача представляет изучение случаев выздоровления при неизлечимых болезнях». Наиболее поразившее его наблюдение заключалось в том, что эти редкие случаи излечения часто происходят после того, когда больной переносит заболевание, сопровождающееся высокой лихорадкой, например тиф.



В 1887 г. В.-Я. предположил, что психозы можно лечить искусственно вызванной лихорадкой. Он делал много попыток лечить прогрессивный паралич различными вакцинами против заболеваний, сопровождающихся лихорадкой. Спустя несколько лет, когда было точно установлено, что малярию, особенно самую легкую (трехдневную) форму, можно полностью излечить хинином, В.-Я. продолжил свою работу с использованием этого заболевания. «В 1917 г., – говорил он, – я начал внедрять в практику свое предложение, сделанное еще в 1887 г., и ввел 9 больным прогрессивным параличом возбудитель трехдневной малярии. Результат превзошел ожидание».

Он обнаружил, что при раннем начале малярия-терапии в 85% случаев прогрессивного паралича наблюдается выздоровление, что было поразительным успехом. В течение последующих нескольких лет В.-Я. и его коллеги получили пригодные ослабленные штаммы малярийных плазмодиев, отработали подходящие дозы и определили необходимую продолжительность лихорадки до начала лечения хинином. К счастью, трехдневная малярия, вызванная таким способом, оказалась более чувствительной к лечению хинином, чем малярия, возникающая после укусов комарами.

Открытие В.-Я. представляло большой прогресс в лечении одного из самых серьезных заболеваний в западноевропейских странах. Причина такого успеха остается до сих пор не ясна. В 1927 г. В.-Я. был награжден Нобелевской премией по физиологии и медицине «за открытие терапевтического эффекта заражения малярией при лечении прогрессивного паралича». Необычная для наших дней малярия-терапия была типичным методом лечения между началом 20-х и серединой 40-х гг., до появления пенициллина.

К концу 40-х гг. малярия-терапия представляла чисто исторический интерес. Помимо исследовательской работы, которой занимался до конца своей жизни, он принимал активное участие в разработке законов, защищающих душевнобольных. Считавшийся в какой-то степени замкнутым и необщительным человеком, он был уважаем за свою способность быть терпимым к различным научным взглядам. Умер В.-Я. в Вене 27 сентября 1940 г.

Юбилей у наших соседей: в 2007 году исполняется 70 лет со дня основания Валдайской психиатрической больницы

Она была развернута в 1937 г. Это известная больница в нашей стране. Для нас она примечательна тем, что с 1955 по 1971 годы ею руководил Александр Александрович Соколов, который ранее, еще в довоенные годы работал психиатром в Москве, в клинике доктора Ф.А.Усольцева, когда она еще продолжала функционировать рядом с возникшей на ее основной базе областной психиатрической клиникой (ныне ЦМОКПБ). Эта больница известна по изданным в ней лекциям А.В.Снежневского «Общая психопатология», ставшим теперь библиографической редкостью. И еще тем, что ее главным врачом, после А.А.Соколова, работал В.В.Грибков – которого в нашей области все знают, как заместителя главного врача ЦМОКПБ, но больше – как заместителя главного редактора нашей газеты. Эта больница славна и тем, что из ее стен к нам в Московскую область пришло много других замечательных врачей. Мы не можем не вспомнить здесь Г.С.Кокаева, главного врача Московской областной психиатрической больницы № 5, которого мы потеряли несколько лет назад. Выходцами из Валдайской психиатрической больницы являются нынешний главный врач МОПБ № 5 В.И.Ревенко, главный врач областной наркологической больницы в г. Железнодорожном Т.И.Мануйлова, прекрасная семейная пара врачей-психиатров в Ногинской психиатрической больнице № 25 – Т.В. и М.В.Курляндские. В Валдае для нас вырастили врачей, отличающихся не только глубокими знаниями, широким взглядом, высоким культурным уровнем. Это специалисты, которых отличают преданность своему делу, любовь к профессии, к больным и бесконечное трудолюбие. И просто очень хорошие люди.

Уголок юбиляра

Раз юбилей - быть банкету! Можно ли организовать и провести праздничный банкет за счет медицинской организации?

До последнего времени чиновники Минфина России заявляли, что это недопустимо. Свою позицию они обосновали тем, что все виды затрат, связанных с проведением корпоративных праздников, у организации не могут быть учтены в составе расходов, уменьшающих налогооблагаемую базу по налогу на прибыль, так как имеют непроизводственный характер

и не являются экономически оправданными. Но не все специалисты согласны с такой точкой зрения. Существует способ, который позволяет медицинской организации учесть часть затрат на банкет в составе представительских расходов. Это позволит признать их в налоговом учете (в пределах норм, которые составляют 4% от фонда оплаты труда). Но данный способ потребует правильного оформления документов, и его использование зависит от желания руководства организации потратить на это время и силы. Организация и проведение банкетов – это нужное дело. В числе приглашенных на них часто оказываются представители других организаций, в том числе из других городов, что является хорошим формальным поводом для укрепления деловых связей и проведения переговоров. Расходы на проведение официального приема и обслуживания представителей других организаций, участвующих в переговорах, относятся к представительским расходам независимо от места проведения указанных мероприятий. Об этом сказано в п. 2 ст. 264 Налогового кодекса РФ. Для признания расходов представительскими необходимы следующие документы: решение о проведении переговоров или иного мероприятия (приказ руководителя); план мероприятий. Здесь должны быть указаны сроки и место проведения мероприятий, состав участников, цель проведения, организационные вопросы (размещение, транспорт, питание) и ответственные лица; протокол проведения мероприятия с указанием соответствующей даты; список участников мероприятия с каждой из принимающих участие сторон; смета предполагаемых расходов. Кроме того, необходимо иметь доказательства присутствия второй стороны на проводимых мероприятиях: заключение каких-либо договоров необязательно, но желательно иметь документ, подтверждающий сам факт проведения переговоров, и лучше, если в данном документе будет стоять подпись приглашенной стороны. Учет расходов на проведение праздничных мероприятий закреплен ПБУ 10/99, утв. Приказом Минфина России от 6 мая 1999 г. N 33н. Проведение банкета за счет организации следует рассматривать как безвозмездное оказание услуг работникам, поэтому можно принять НДС к вычету (пп. 1 п. 2 ст. 171 Налогового кодекса РФ). Доход в виде материального блага включается в доход физического лица только в том случае, если его размер может быть определен применительно к данному лицу. При проведении банкета, как правило, трудно учесть количество и стоимость выпитого и съеденного каждым из присутствующих. Персонифицировать размер дохода конкретного участника праздника невозможно. Следовательно, налог на доходы физических лиц начислять не нужно. Организация корпоративного мероприятия не подпадает под обложение единым социальным налогом. Взносы в Пенсионный фонд в рассматриваемом случае начислять тоже не нужно. Аудитор М.В.ВОЛКОВА. «Главбух». Приложение «Учет в медицине», 2006, N 4