



Московская областная ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

Не дай мне Бог сойти с ума . . . (А.С. Пушкин)

№ 10 (37) декабрь 2007 г.

Новости

Уважаемые коллеги! С НАСТУПАЮЩИМ НОВЫМ, 2008 ГОДОМ!

Какой Новый Год без торжества по случаю его наступления? Без сбора коллег, товарищей и друзей, что прежде на Руси называлось «Ассамблеей», а сегодня - симпозиумом или просто пирушкой. В связи с этим почитаем своим долгом и обязанностью напомнить правила поведения на подобном торжестве. Они были четко изложены еще Петром Первым в его Указе «О достоинстве гостевом, на ассамблеях быть имеющем». Итак, внимайте:

«Пред появлением многонародном гостю надлежит быти: — мыту старательно без пропускания оных мест; — бриту тщательно, дабы нежностям дамским шетиною мерзкой урону не нанести; — голодну наполовину и пьяну самую малость. В гости придя, с расположением дома ознакомься заранее на легкую голову, особливо отметив расположение клозетов. А сведения в ту часть разума отложи, коя винищу менее остальных подвластна. Яства потребляй умеренно, дабы брюхом отяжелевшим препятствий танцам не принять. Зелье же пить вволю, понеже ноги держат: буде откажут — пить сидя. Лежащему не подносить, дабы не захлебнулся, хотя бы и просил. Захлебнувшемуся же слава, ибо сия смерть на Руси издревле почетна.

Ежели меры не знаешь — на супругу положишься: оный страж поболее государевых бдение имеет. Упитых складывать бережно, дабы не повредить и не мешали бы танцам. Складывать отдельно, пол соблюдая, иначе при пробуждении конфуза не оберешься. Беду почуя — не паникуй, но скорым шагом следуй в место упомянутое, по дороге — не мешкая и все силы употребляя на содержание в крепости злодейски предавшего тебя брюха. Будучи без жены, а то и не дай Бог холостым, на прелести женские зриай не с открытой жадностью, но исподтишка — они и это примечают — не сомневайся. Таким манером и их уважишь, и нахалом не прослынешь. Руками же действуй, сильно остерегаясь и только явный знак получив, что оное дозволяется, иначе конфуз свой на лице долго носить будешь. Без песни нет веселья на Руси, но оное начинают по знаку хозяйскому. В раж не входи, соседа слушай — ревя в одиночку, ослице Валаамовой уподобляешься; музыкальностью и сладкоголосьем же, напротив, снискаешь многие похвалы гостей. Помни: сердце дамское на музыку податливо. Петр»

Каким будет Новый Год: принята областная программа по оказанию бесплатной медицинской помощи жителям Подмосквья

На заседании областного правительства принято Постановление «О Московской областной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год», которое представил министр здравоохранения Правительства Московской области Владимир Семенов. Документ разработан во исполнение постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год». Программа определяет перечень заболеваний, виды и условия оказания медицинской помощи, а также источники её финансирования. Как сказал В.Ю.Семёнов, «на программу в 2008 году будет затрачено 60,3

млрд. рублей, в том числе 25,7 млрд. рублей – из Фонда обязательного медицинского страхования». По словам министра здравоохранения, медицинская помощь по программе предоставляется во всех учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Москвы и области и участвующих в реализации данной программы. За счет областного бюджета предоставляется специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь, специализированная медицинская помощь, оказываемая в кожно-венерологических, противотуберкулезных, психиатрических и других специализированных учреждениях здравоохранения Московской области. В среднем на одного жителя Подмоскovie предусмотрена медицинская помощь на сумму в 9 тыс. 69 руб. Кроме того, в рамках программы осуществляется и медицинское обследование граждан при постановке на воинский учёт. Министерство по делам печати и информации Московской области
Источник: АИС «Подмоскovie»

Награды – достойным

Указом Губернатора Московской области Б.В.Громова Почетным Знаком «Благодарю» награжден Заслуженный врач РФ, Главный психиатр Московской области, главный врач ЦМОКПБ Владимир Иванович ПОДДУБНЫЙ.

Указом Губернатора Московской области Б.В.Громова Почетным званием «Заслуженный работник здравоохранения Московской области» награждены:

БАЙКОВА Александра Ивановна, главная медицинская сестра областной психиатрической больницы № 13 (Клин); ДАРЦМЕЛИЯ Людмила Владимировна, заместитель главного врача областной психиатрической больницы № 3 (Егорьевский район);

МАКАРКИН Валентин Алексеевич, участковый психиатр Ступинского психоневрологического диспансера;

ПРОНИНА Татьяна Николаевна, главная медицинская сестра Мытищинского психоневрологического диспансера.

Почетным Знаком Федерации Независимых профсоюзов России награжден ПОДДУБНЫЙ Владимир Иванович, Главный психиатр Московской области, главный врач ЦМОКПБ - за заслуги в сотрудничестве с профсоюзом медицинских работников.

Медведев считает необходимым модернизировать систему здравоохранения

Первый вице-премьер Дмитрий Медведев предложил в начале года собрать Экспертный совет, чтобы обсудить модернизацию системы здравоохранения. По словам Медведева, «в континентальной Европе, США и других странах - ни у кого нет законченной системы здравоохранения, ее модернизация идет постоянно, это постоянная головная боль правительств». Однако первый вице-премьер считает, что «в других странах не только занимаются модернизацией системы здравоохранения, но главное - не стесняются этого признавать и это делают». «Не перетасовки должностей, а по-серьезному переход на другую систему финансирования и планирования», - уточнил он.

Источник: АМИ-ТАСС

Подпрограмма «Психические расстройства» федеральной целевой программы здравоохранения

Она предусматривает увеличение доли пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов до 40,9 процента; снижение доли нуждающихся в стационарном лечении, в общем числе наблюдаемых пациентов до 14,5 процента; снижение средней продолжительности стационарного лечения е до 73,9 дня; снижение повторных в течение года госпитализаций до 17,5 процента. Всего этого надо добиться в период до 2011 года. Общий объем финансирования подпрограммы составляет: 7592,0 млн. рублей, в том числе за счет средств: федерального бюджета – 4632,0 млн. рублей; бюджетов субъектов Российской Федерации -

2710,0 млн. рублей; внебюджетных источников - 250,0 млн. рублей. Подпрограмма пока еще не утверждена.

Освидетельствования инвалидов будет упрощено

Минсоцздрав рассчитывает до конца декабря найти решение по упрощению процедуры освидетельствования инвалидов. Об этом сообщила глава министерства Татьяна Голикова: «В декабре мы намерены решить эту проблему».

Источник: Vesti.ru

Вслед за Серпуховом школа психического здоровья открыта в Ростове-на-Дону

В Ростове-на-Дону на базе городского психдиспансера открыта реабилитационная школа для психически больных и их родственников. Встречи происходят в психдиспансере по субботам на безвозмездной основе. Пациенты и их родственники свободно задают вопросы, коллективно обсуждают проблемы, с которыми сталкиваются. Из первых рук родственники больных получают советы и квалифицированную информацию, рекомендации.

Источник: Российская Газета

Первый мусульманский телефон доверия заработал в Москве

Помощь оказывается только женщинам. Советы даются бесплатно. Женщинам-мусульманкам, особенно тем, кто недавно принял ислам, такая помощь нужна, учитывая особенности их религии. Обратиться в обычную консультацию они не могут, поэтому такая линия может быть в будущем очень востребована.

Источник: «Новые известия»

Психиатрия в мире

Работающий американец нетрудоспособен из-за болезней 32 дня в году

Таковы результаты исследования, проведенного учеными медицинской школы Гарвардского университета по заказу правительства США. Среди основных болезней, лишаящих возможности исполнять свои профессиональные обязанности, оказалась депрессия. Психические же недомогания вынудили американцев оставаться дома более 1,3 млн. дней. Это составляет треть всех трудопотерь.

Источник: ami-tass.ru

Игромания теперь уже не болезнь

Игровая индустрия смогла убедить Американскую Медицинскую Ассоциацию в том, что видео-игромания не должна быть внесена в перечень психиатрических диагнозов. Это случилось не смотря на просьбы специалистов от психиатрии внести в перечень заболеваний такой подвид зависимости наряду с зависимостью от азартных игр. По словам представителей игорного бизнеса, наличие зависимости или ее отсутствие как болезненного состояния должно быть подтверждено более масштабными исследованиями, которых на сегодняшний день еще нет. Однако, не смотря на то, что официально такого диагноза пока нет, эксперты считают, что злоупотребление видео-играми и Интернетом, несомненно имеет весомые эффекты на социальное поведение человека и его психологическое состояние. Они советуют всем родителям контролировать длительность пребывания детей перед экранами телевизоров и компьютеров. 250-тысячная ассоциация психиатров сделала заявление о том, что будет продолжать бороться за то, чтобы чрезмерное увлечение видео-играми было официально признано пристрастием и могло выноситься в качестве медицинского диагноза. Кроме того, эксперты говорят о необходимости ужесточения контроля над содержанием:

сюжетом и визуальным оформлением игры, для чего специалисты разработали усовершенствованную шкалу оценки.

Источник: MedicInform.Net

В США дети начинают пить в с четвертого класса

Педагоги и наркологи под руководством Джона Донована (John Donovan), адъюнкт-профессора психиатрии и эпидемиологии медицинского центра университета Питтсбурга, провели исследование, согласно которому 7% четвероклассников уже не раз прикладывались к бутылке. Еще больше любителей алкоголя оказалось среди пяти и шестиклассников. «Чем раньше дети начинают пить или даже просто пробуют алкогольные напитки, тем больше вероятность того, что у них в жизни возникнут проблемы, связанные с алкоголем, наркотиками, преступностью, сексуальным поведением или авариями на дорогах», - говорит Донован.

Источник: americaru.com

Школьникам США уже с 6 класса выдают контрацептивы

11-13-летние подростки могут получить контрацептивы в школьном медицинском центре по их просьбе, при этом родители в известность не ставятся. Тем не менее, за последние четыре года в трех школах г. Портленд (штат Мэн) было семь случаев беременности у 11-13-летних учащихся.

Источник: medportal.ru

Послеродовую депрессию надо не лечить, а вышибать работой

В Германии обнаружили, что с послеродовой депрессией можно справиться по принципу «клин клином вышибают» - выходите на работу и послеродовая депрессия вас не коснется. Исследователи из Берлинской клиники здоровья матери и ребенка выяснили, что работающие матери с детьми до 2 лет заметно реже страдают от депрессий, чем неработающие. Это становится заметным уже через год после рождения ребенка: если мать к этому времени выходит на работу, она гораздо реже страдает от подавленного настроения. Оказалось, что занятость на работе столь сильно повышает самооценку (и к тому же дает финансовые выгоды), что работа не повредит, а, наоборот, благоприятно сказывается на здоровье. Но за все приходится платить, в том числе и за удовольствие работать. Основным минусом для работающих матерей становится то обстоятельство, что их малыши чаще болеют инфекционными заболеваниями. Ведь ясли, которые посещают большинство детей таких мамаш, и в Германии не без оснований считаются рассадником инфекций.

Источник: kleo.ru

Психические расстройства лечит Караоке

Врачи из психиатрической клиники Карлос Айа из Малаги пришли к выводу, что караоке обладает лечебным эффектом и полезно для пациентов с психическими отклонениями. Попытки исполнить известную песню в одиночку, а потом при поддержке всего зала, помогают больным обрести уверенность в себе. Такое пение поможет справиться с приступами губительного для них душевного волнения и заодно поменьше курить. Сотрудники отделения для тяжелобольных стали проводить раз в неделю программу караоке. Новое развлечение понравилось всем пациентам. Посещать клуб на постоянной основе стали 60%, а более 81% заявили, что подобное времяпрепровождение им нравится. Согласно выводам исследователей, любительское исполнение известных композиций в микрофон, а также попытки подпевать из зала развивает когнитивные способности человека, помогает лицам с психическими отклонениями лучше запоминать, слушать и концентрировать внимание. Такое развлечение улучшает сон, отгоняет плохие мысли и уменьшает душевное волнение.

Источник: newsspain.ru

Как быть, когда живым снятся умершие

Когда людям часто снятся сны об их умерших родственниках - это кажется им трагедией, потому что люди, которым снятся такие сны, боятся их, говорит Джеффри Лонг, онколог, основавший Фонд изучения общения после смерти. Он собрал свидетельства более тысячи людей. Наиболее типичны «сны печали»; они часто бывают обрывочными и полными символов. «Сны-посещения» обычно живее и могут казаться «вещными» тем, кто их видит, говорит Билл Гуггенхейм, один из основателей независимой исследовательской группы. Ученые не могут ответить на вопрос, являются эти сны посещениями или просто выражением наших глубочайших желаний. «Это спор, где невозможно найти ответ». Лучше считать, что сон об умершем любимом - это подарок. «Не углубляйтесь в его анализ. Примите его с благодарностью» – лучший совет психиатра.

Источник: NEWSru.com.

Защита прав психически больных

Россия: Спорная госпитализация

Правозащитники пытаются добиться освобождения Андрея Новикова. Это 41-летний журналист, которого держат в психиатрической больнице Рыбинска с февраля с.г. В конце 2006 года ему предъявили обвинения в экстремизме за статьи о чеченской войне и поместили в клинику для обследования. Там пациенты его избили и якобы попытались изнасиловать. Новикова отпустили через 43 дня, но он был в таком возбужденном состоянии, что когда вернулся домой 14 февраля, его отец позвонил в милицию, и Новикова вновь отправили в больницу. Там он с тех пор и находится. В его медицинской карте в качестве доказательства психического расстройства записаны «парадоксальные реакции» и «склонность к спорам». Комиссия, возглавляемая президентом Независимой психиатрической ассоциации Юрием Савенко, пришла к выводу, что психическое здоровье Новикова в норме.

Источник: ИноСМИ.Ru

Австралия: душевнобольных не допускают к выборам

В ходе парламентских выборов к голосованию не допускаются те, кто пробыл в клинике для душевнобольных свыше трех лет – независимо от того, признавались ли они недееспособными.

Источник: Вести.Ru

Израиль: Прокуратура обвиняет персонал отделения для недоразвитых в издевательствах над больными

Прокуратура иерусалимского округа подаст в окружной суд обвинительное заключение против директора больницы «Итаним» Яакова Маргуляна, его заместителя Моше Абрамовича и главной медсестры Наамы Дукашицки по подозрению в том, что они знали о регулярных издевательствах медперсонала над пациентами отделения больницы, где содержались умственно отсталые больные, но не сообщали об этом. Это первый случай, когда представляется обвинительное заключение против администрации учреждения, в котором правонарушение совершается персоналом. Следователям удалось доказать 11 случаев издевательства. Кроме того, персонал обвиняется в попытке ввести следствие в заблуждение и несообщении о совершении преступления. В ходе следствия были взяты показания у родственников пациентов отделения больницы, предназначенного для умственно неполноценных пациентов, опрашивались также руководители больницы и ее бывшие служащие. Следствие было начато после того, как в министерство здравоохранения

поступила жалоба. В обвинительном заключении фигурируют 11 обвиняемых и описывается 11 случаев жестоких издевательств. В числе обвиняемых заведующий отделением Даниэль Меир, надзирательница Мариэль Гольдберг, главная медсестра отделения Дана Бен-Меир, а также 5 помощников. Все они на данный момент отстранены от работы. Максимальное наказание в данном случае составляет 9 лет тюремного заключения. Источник: NEWSru.co.il

Великобритания: психически больных лишают полноценной медицинской помощи

Британские ученые из ноттингемского университета выявили, что в сравнении с психически здоровыми пациентам с шизофренией за прошедшие 12 месяцев на 15% реже выписывались гипогликемические препараты и 7% реже проверялся уровень холестерина крови. У больных с биполярным аффективным расстройством существенных отличий по данным показателям выявлено не было. У исследователей вызвал беспокойство тот факт, что у психиатрических пациентов осуществляется недостаточный мониторинг за уровнем холестерина и как следствие несвоевременно назначаются гипогликемические средства. Источник: psychiatrysource.com

Договоры пожизненного содержания: психиатры, будьте внимательны

Ваших больных могут обмануть! В Магнитогорске только прокуратура помогла инвалидам вернуть жилплощадь. С начала 2007 года прокурор Ленинского района Магнитогорска предъявил ряд исков в защиту нарушенных жилищных прав инвалидов, которые заключили договоры пожизненного содержания с иждивением с лицами, отказавшимися выполнять взятые на себя обязательства. При этом все эти лица пытались воспользоваться квартирами больных людей, переданными в обеспечение пожизненного содержания. Так, вселившись в квартиру инвалида первой группы в качестве члена семьи, приватизировала ее на себя, выгнала инвалида из квартиры и пыталась продать ее своей подруге. Районный суд удовлетворил иск прокурора о вселении инвалида в занимаемую им ранее квартиру и отказал подруге женщины в признании ее собственником этой квартиры по договору купли-продажи. Кроме того, по искам прокурора были возвращены в собственность 1/3 доли в праве на квартиру 77-летней пенсионерке, состоящей на учете в психоневрологическом диспансере и однокомнатная квартира инвалиду второй группы Анатолию Рогозину. В этих случаях были заключены договоры пожизненного содержания, однако заключившие их свои обязанности по уходу, содержанию, обеспечению лекарствами пожилых людей, которые в обеспечение пожизненного содержания передали свои квартиры, надлежащим образом не выполняли и отказались добровольно расторгнуть договор. Районный суд удовлетворил иски прокурора в полном объеме и возвратил в собственность граждан их жилье.

Источник: Накануне.ru

Как проголосовали больные на выборах в Государственную Думу

Все еще сохраняется скепсис в отношении того, можно ли всерьез относиться к мнению, точке зрения, позиции, высказываемой психически больными. Их, как правило, всерьез не воспринимают. Одним из проявлений такого отношения является до сих пор общепринятая практика игнорирования мнения больных о качестве оказываемой им психиатрической помощи. Мы хотим по результатам недавно прошедших выборов в Государственную Думу показать, что наши больные проголосовали практически так же, как и все население России. Выбор больных мало отличается от выбора тех, кого мы считаем здоровыми. Ему можно доверять. Мы взяли данные только по трем крупным больницам области. В голосовании там приняло участие 970 чел., находившихся в день выборов на стационарном лечении.

В.Я.Евтушенко

		ЦМОКПБ	ОПБ № 5	ОПБ №23	ВСЕ ТРИ БОЛЬНИЦЫ	ВСЯ РОССИЯ
1.	Процент проголосовавших	94,02%	96,05%		95,65%	63,01%

2.	1.»Аграрная партия России»	2,31%	0,98%	0,35%	1,03%	2.30%
3.	2. «Гражданская Сила»	0,58%	0,78%	0	0,52%	1.05%
4.	3. «Демократическая партия России»	1,16%	0,78%	0,35%	0,72%	0.13%
5.	4. КПРФ	8,67%	10,00%	5,92%	8,56%	11.57%
6.	5. «СОЮЗ ПРАВЫХ СИЛ»	0,58%	1,37%	0,35%	0,93%	0.96%
7.	6. «Партия социальной справедливости»	0,58%	0,59%	0	0,41%	0.22%
8.	7. ЛДПР	8,69%	6,47%	11,50%	9,48%	8.14%
9.	8. «СПРАВЕДЛИВАЯ РОССИЯ»	0,58%	5,49%	1,74%	4,54%	7.74%
10.	9. «ПАТРИОТЫ РОССИИ»	1,16%	0,78%	1,39%	1,03%	0.89%
11.	10.»ЕДИНАЯ РОССИЯ»	59,44%	67,45%		68,97%	64.30%
12.	11. «ЯБЛОКО»	4,05%	1,96%	3 1,05%	2,06%	1.59%

Нейропсихиатрия: новые достижения

Раскрывается тайна безотчетного страха

Американским ученым удалось понять, что происходит в мозге, когда человек испытывает страх. Очаг страха - это мозжечковая миндалина. В ней происходит химическая реакция, благодаря которой мыши, а также люди, узнают, как побороть овладевший ими страх. Если у мыши дезактивировать эту реакцию, то она никогда не научится противостоять страхам. В ходе недавнего исследования сотрудники Мичиганского университета обнаружили, что препарат циклосерин, используемый в настоящее время для борьбы с туберкулезом, усиливает эту химическую реакцию в мозжечковой миндалине у мышей. Поэтому предположили, что применение циклосерина (в сочетании с другими методами терапии) может избавить и человека от иррациональных страхов. Испытания на пациентах, которые боятся высоты, или страдают другими видами страхов, подтвердили эффективность такого лечения. Сейчас пробуют лечить циклосерином тех, кто выжил после теракта 11 сентября 2001 года в Нью-Йорке, и солдат, вернувшихся с войны в Ираке. Профессор Стивен Марен, руководитель исследования, называет результаты экспериментов многообещающими, но предупреждает, что от фобий, панических атак и прочих тревожных состояний прием только циклосерина не спасет. По его словам, чтобы побороть страхи, обязательно понадобится еще и иная терапия.

Источник: science.compulenta.ru

Грипп, перенесенный в утробе матери, виновен в шизофрении

Американские исследователи обнаружили, что грипп способен привести к таким тяжелым расстройствам психики, как шизофрения. Для этого достаточно, чтобы недуг перенесла его мать во время беременности... Внутриутробный грипп повинен в каждом 7-м случае шизофрении. Проблемы с психикой начинаются у таких детей к школьному возрасту.

Источник: Солвей-Фарма.ру

Дисморфофобия связана с нарушениями интегративных функций мозга

Международная группа исследователей во главе с Джейми Фейснером из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе показала, что расстройство восприятия, при котором человека беспокоят мнимые проблемы собственной внешности (дисморфофобия), является следствием нарушения работы мозга, искажающего восприятие, сообщает Science. Исследователи при помощи магниторезонансной томографии наблюдали работу мозга 12 больных дисморсофобией и 13 здоровых добровольцев при зрительном восприятии ими фотографий различных лиц, каждое из которых было представлено в трех вариантах: обычное фото, размытое и сверхконтрастное, с выделенными контурами. Оказалось, что у контрольной группы при восприятии обычных и размытых изображений включались участки мозга, воспринимающие лицо как целый образ, в то время как сверхконтрастные фотографии воспринимались по частям. Дисморфофобики же воспринимали по частям любые

изображения лиц. Участки мозга, ответственные за первичное зрительное восприятие, работали у обеих групп одинаково.
Источник: Svobodanews.ru

Найдена связь между герпесом и болезнью Альцгеймера

Ученые из Манчестерского университета (Великобритания) нашли доказательства роли вируса простого герпеса ВПГ-1 в развитии болезни Альцгеймера. Выяснилось, что при инфицировании вирусом культуры клеток мозга происходит значительное увеличение уровня бета-амилоида. Скопления этого токсичного белка (амилоидные бляшки) в тканях головного мозга считается главным признаком болезни Альцгеймера. В последующих экспериментах британские исследователи окрашивали мозговые ткани умерших людей, которые при жизни страдали болезнью Альцгеймера. И там удалось обнаружить ДНК вирусов простого герпеса, прикрепленных к амилоидным бляшкам. Новые данные, связывающие вирус герпеса с развитием болезни Альцгеймера, подтверждаются результатами более ранних исследований, согласно которым вирус простого герпеса обнаруживается в мозгу почти 70% пациентов с болезнью Альцгеймера. Причина этой взаимосвязи точно неизвестна, однако ученые предполагают роль некоего мутантного гена, участвующего в разрушении жиров и одновременно увеличивающего активность вируса простого герпеса. По мнению исследователей, новые данные могут быть использованы в создании вакцины. В будущем - хотя и далеком - может быть начата иммунизация людей против вируса, обеспечивающая их защиту против болезни Альцгеймера.

Источник: medportal.ru

При лечении шизофрении надо воздействовать не на допаминовые, а на глутаматные рецепторы

Стимуляция глутаматных рецепторов может позволить эффективно лечить шизофрению. К такому выводу пришел доктор Сандип Т. Патил (Индианаполис, США). Результаты, которые опубликованы в он-лайн-выпуске «Nature Medicine» от 2-ого сентября, были получены во II фазе исследования нового препарата LY404039, агониста глутаматных рецепторов (в сравнении с оланзапином). Прием LY404039 сопровождался существенным улучшением и позитивных, и негативных симптомов шизофрении. Препарат безопасен, хорошо переносился, и при его приеме была меньшей вероятностью увеличения веса, возбуждения, повышения уровней триглицеридов, и развития периодонтита. «Возможно, через несколько лет, практические клиницисты будут иметь в своих руках действительно новое средство лечения шизофрении», - сказал доктор Патил.

Источник: Солвей-Фарма.ру

Психофармакотерапия

Синдром Кандинского-Клерамбо: принципиальные подходы к лечению

В ЦМОКПБ продолжил работу семинар по психофармакотерапии, который проводят зав. лабораторией психофармакологии НЦПЗ РАМН доктор медицинских наук М.А.Морозова и старший научный сотрудник этой лаборатории, канд.мед.наук А.Г.Бениашвили. Приводим наши заметки с этого семинара.

Этот синдром - наиболее яркий пример рассогласования психических функций при шизофрении. Сейчас популярна концепция американского психиатра Тимоти Кроу, который предполагает, что в патогенезе данного расстройства важную роль может играть феномен сглаженной асимметрии мозга. В норме, когда человек слышит речь, соответствующее восприятию речи возбуждение мозга происходит попеременно в начале в левом, затем в правом полушарии. Последовательно и слаженно протекающий процесс обеспечивает не

только формально-смысловое, но и контекстное понимание. Для того, чтобы голая вербальная информация смогла быть сопоставленной с эмоциональным состоянием человека, чтобы человек на чувственном уровне понимал, что для него значит услышанное. Это хорошо или плохо для меня? Это что-то приятное или неприятное? Какие могут быть последствия для меня в связи с услышанным? Все это – контекст услышанного. И один из главных его аспектов – отнесение этого психического процесса к собственной личности, его персонализация.

При шизофрении система передачи информации из одного полушария в другое нарушена не только по вследствие нарушения функции, но и по «органическим» причинам – нарушении процесса миелинизации нервных волокон в процессе развития. В результате межполушарный информационный обмен становится диффузным, непоследовательным и медленным. Это приводит к тому, что человек перестает понимать, как услышанное сопоставляется с ним и с его прежним опытом. Происходит деперсонализация собственных психических процессов, которая переживается очень остро. Возникает напряжение и растерянность. И в такой стрессовой ситуации мозг пациента с синдромом Кандинского возбуждается уже целиком. Пропадают последовательные процессы погружения возбуждения в подкорку и возвращения его обратно в кору. И не происходит насыщения голого информационного факта контекстным антуражем. Что делать? Как помочь?

Предположим, мы выбрали препарат, который позволит урегулировать эти процессы. Возбуждение станет более локальным, процесс перекачки информации более или менее наладится, деятельность полушарий станет слаженнее. Появится ли уверенность, что мы добьемся решения вопроса? Такой уверенности нет. Почему? Например, мы начинаем лечить больного с синдромом Кандинского таким препаратом, как зипрекса. В отношении этого лекарства было доказано, что оно способно увеличивать функциональную асимметрию мозга, улучшить процесс перекачки информации из одного полушария в другое, а также попутно улучшать функции гиппокампа и амигдалы, где у больных шизофренией наблюдаются процессы нейродегенерации.

При применении зипрексы мучительное, тягостное чувство внутреннего напряжения через какое-то время утрачивается. Но синдром Кандинского остается. А спустя еще какое-то время пациент уже говорит: да, я слышу этот голос. Голос чужой, мне не принадлежит, но он меня особенно не волнует. А еще через какое-то время мы видим, что мышление больного все больше отдаляется от того мышления, которое характерно для синдрома Кандинского. Возникает синдром совершенно другого регистра. Но можем ли мы сказать, что при этом нормализуются мозговые процессы? Устраняется ли дисфункция мозга? По-видимому, нет. Какое-то улучшение координации мозговых процессов, улучшение координации психических процессов имеет следствием большую интеграцию психической жизни и большую интеграцию процессов мышления. Но у улучшение физиологического функционирования мозга у больных не решает их психологических проблем. Потому что всякий синдром имеет на выходе как биологическую, так и психологическую составляющую. Целый ряд проблем для больного по мере динамики синдрома все-таки решаются. Но для некоторых больных какие-то осколки синдрома Кандинского будут даже необходимы для обеспечения нормального функционирования их психической жизни. Мы знаем много таких больных. Одна наша пациентка считает себя здоровой, когда хульные мысли вкладываются в ее голову. Но только когда эти мысли начинают передаваться ею другим, когда другой может прочесть эти хульные мысли, у нее рождается ощущение внутренней катастрофы: так она жить не может, она мучается, считает себя больной и идет к врачу. У другой пациентки в ее голову вкладывают мысли, которые помогают ей жить. Они помогают ей вести домашнее хозяйство, платить по счетам, убирать в квартире, принимать таблетки и т.п. И только если в ее голове появляются мысли разрушительные, когда она должна ударить кого-то, что-то сломать – она идет к врачу, говорит, что ее надо лечить. Думается, что биологическая почва и для первого, и для второго случая будет одинаковой.

И вот здесь очень важно различать симптомы, которые играют компенсаторную роль в жизни больного, и симптомы, отражающие мучительный, актуальный психический процесс. Именно последние, собственно, и должны являться целью, мишенью для нашей терапевтической активности. И здесь вот что любопытно. Сейчас уже созданы антипсихотические препараты, которые не имеют допаминовой активности. Они влияют на глутаматэргическую систему. Действие этих препаратов настолько сильно отличается от действия обычных антипсихотиков, что возникает странное чувство. С одной стороны, психоз, напряженность уменьшаются. Но с другой стороны, человек начинает испытывать страдания другого рода. Он страдает от того, что его, например, захлестывают воспоминания из психотического прошлого. Эти переживания гораздо мучительнее, чем в остром периоде болезни. Мы ведь всегда стремимся к тому, что лекарства должны снижать уровень страданий человека. А здесь получаем обратное. Чем больше человек освобождается от болезни, тем больше у него связанных с ней тяжелых фрустрационных переживаний. Но надо сказать, что эти фрустрации более человечны, более понятны нам, эмоционально они более живые. Но порождают тревогу и отчаяние. И это не депрессия. Это какая-то новая клиническая ситуация, пока не имеющая дефиниции. Главное, что пациенты не готовы к такой жизни. Следовательно, при лечении синдрома Кандинского обнаруживаются и какие-то злокачественные психические процессы, причиняющие больным страдания, и некоторые доброкачественные, которые помогают пациенту каким-то образом функционировать.

Многие из тех, кто работали с такими больными, замечали у них тягостные дисфорические состояния, возникающие при лечении высокоактивными антипсихотиками. Они инициируют у пациента состояние дисфории. Почему? Оказывается, это тоже связано с нейродистрофическим процессом в мозге, но в тех его зонах, которые ответственны за опыт и память. Мы знаем, что гиппокамп и амигдала, которые играют ключевую роль в поддержании процессов памяти, страдают при шизофрении. Объем гиппокампа у шизофреников значительно уменьшается. Но в отличие от органиков, память у больных шизофренией бедна не потому, что недостает знаний и информации о своем прошлом, а потому, что опыт утрачивает связь с их личностью.

Здесь мы можем говорить о деперсонализации памяти: информация есть, а ощущения некоторого непосредственного личного отношения этой информации к данным своей жизни не видно. Нечто подобное наблюдается у невротиков. Когда они с тяжелым чувством вспоминают ситуацию какого-то перенесенного ими позора или стыда. Так вот, не только невротики, но и шизофреники тягостятся некоторыми своими воспоминаниями. Они для них – фактор стресса. А гиппокамп при шизофрении совершенно неадекватно реагирует на кортизон – гормон стресса. Но – реагирует. И на собственное состояние, и на внешние обстоятельства. Нельзя сказать, что психика больного целиком и полностью детерминирована только аутохтонными проблемами. Отсюда следует, что симптоматика может быть рассмотрена частично и как реакция. Но своеобразная. Она может быть и бредовой. В этом смысле Курт Шнайдер, давая определение бреда, избегал несколько наивных категорий – что это упорное ошибочное суждение и т.д. Он говорил, что бред – это не ошибка. Бред – это прежде всего особый способ думать, в основе которого нет рассуждений, размышлений, необходимости аргументирования. А лежит некоторое абсолютно достоверное знание, доступное только аутистическому инсайту.

Что еще можно сказать о реакциях психотической психики? Неспособность отличить живое от неживого. Психотик может искренне обидеться на табуретку, о которую он споткнулся – точно так же, как он мог бы обидеться на человека, подставившего ему ножку. И наоборот, он может совершенно не чувствовать, и не понимать того, что может чувствовать здоровый. Из всего этого следует, что в основе синдрома Кандинского в равной степени лежат абсолютно гетерогенные процессы. С одной стороны, нарушены функции головного мозга. С другой – сохраняется способность своеобразно реагировать на эти нарушения. Почему состояние даже острых психотических больных сразу же облегчается, как только они

попадают в психиатрическое отделение? Почему некоторые врачи обладают способностью в разговоре с пациентом значительно облегчить его психотическое напряжение? Почему после разговора с таким врачом пациент уходит от него каким-то совсем другим? Оказывается, и нейробиологическое, и психотерапевтическое воздействие находятся в очень сложных отношениях, но они не разорваны. Еще Ясперс подчеркивал важность различения феноменов деструкции и реституции. В этом смысле при лечении синдрома Кандинского некоторые из его результатов, которые обычно интерпретируются как положительные, по сути, оказываются негативными. Еще раз вернемся к пациентке, которая с помощью галлюцинации управлялась с домашним хозяйством. Как только ей назначали препараты, которые убрали галлюцинации, она не могла функционировать вообще и превратилась в человека, требующего постоянного постороннего ухода. Как все же сложно устроена человеческая психика. И как важно видеть в ней возможности человеческого реагирования. Записал В.Я.Евтушенко

Американский алгоритм лечения шизофрении

David N. Osser, профессор психиатрии Гарвардской медицинской школы, разработал алгоритм лечения шизофрении. Он представляет интерес и для наших психиатров. Сегодня мы приводим его основные положения.

Первый вопрос, который должен быть поставлен врачом при определении тактики лечения: употреблял ли пациент алкоголь (недавно или сейчас непосредственно), или у него есть зависимость от алкоголя (или психотропных средств)? Если пациент зависим от алкоголя или психотропных средств, первым шагом лечения (или компонентом первого шага) должна стать дезинтоксикация, потому что, по крайней мере, некоторые симптомы могут быть связаны с психотропным действием алкоголя или наркотиков.

Кроме того, дезинтоксикация приводит и к неспецифической седации, что всегда полезно при лечении психоза. У больных в состоянии опьянения необходимо обращать внимание на возможность передозировки седативных средств вследствие их потенцирования с алкоголем или другими психотропными препаратами. Здесь принципиально следует избегать применения бензодиазепинов. После лечения острого приступа пациенты должны вовлекаться в процесс поддерживающей терапии обоих расстройств (психиатрического и наркологического). Только таким образом можно контролировать у них нарушения поведения. Надо сказать, что в реальной практической медицине эти требования не выполняются, что приводит к увеличению терапевтически резистентных случаев.

Идеально, когда наркологическая и психиатрическая форма организации медицинской помощи интегрированы. Если психическое расстройство не сочетается с наркологическим, тогда надо ясно оценить картину психического статуса пациента и получить ответ на следующий вопрос: Пациент в первый раз будет принимать нейролептическую терапию? Или он уже лечился ранее и у него обострение после завершеного ранее курса терапии нейролептиками? Если симптоматика развилась в ходе проводимой терапии, то возникают другие вопросы: есть ли признаки токсического действия назначенной терапии? Если есть, то какие? Могут быть холинергические побочные эффекты.

Препараты с холинолитическим побочным эффектом могут вызвать делирий, характеризующийся спутанностью, дезориентировкой, зрительными галлюцинациями, расстройствами памяти. Возможны сухость во рту, икота, затруднения мочеиспускания. Такое может быть прежде всего, при приеме антипаркинсонических средств, а также трициклических антидепрессантов, антигистаминных средств, особенно в сочетании с антихолинергическими нейролептиками, к которым относятся аминазин, соннапакс, азаледин (clozapine), и возможно, olanzapine. Пожилые пациенты особенно чувствительны к этому действию. Есть ряд исследований, в которых обосновывается точка зрения, о том, что антихолинергические препараты снижают эффективность противопсихотического действия нейролептиков, особенно их активность в отношении позитивных симптомов при

шизофрении. По этим причинам для пациентов, находящихся на противопсихотическом лечении, антихолинергические препараты следует применять на возможно более низких дозах. Например, лучше снизить дозы нейролептика до низких или умеренных, иногда это позволяет прекратить прием корректора. Если у больного отмечается заторможенность, то надо разобраться, не принимает ли пациент дополнительно к нейролептику еще какой-нибудь препарат, способный вызвать выраженную седацию. Если же этого нет, то избыточная, нежелательная седация может быть вызвана действием самого этого нейролептика. Поэтому необходимо выяснить, адекватен ли курс этого нейролептика для данного больного.

Стойкая заторможенность - одно из «парализующих побочных действий» [Van Putten], которое часто ускользает от внимания лечащих врачей, т.к. ее ошибочно принимают за проявление собственно болезни. Сейчас считается, что это - одна из главных причин существенного дискомфорта пациента, ограничивающая его активность. Что делать, когда больной чрезмерно заторможен? Уменьшите дозу, или отмените препарат, который может вызывать такую выраженную и нежелательную заторможенность. Если этот препарат необходим для лечения, посмотрите, нет ли аналогов с менее сильным успокаивающим действием. Если пациент находится на лечении двумя или более нейролептиками, посмотрите, нельзя ли снизить дозу, или отменить один из препаратов. Иногда нейролептик надо снижать прежде других, вспомогательных средств терапии. Например, пациент находится на бензодиазепинах, а клиническая картина определяется тревогой. В этом случае лучше первым отменить нейролептик.

Возможным показателем токсического действия препаратов может служить тремор. Выясните причину тремора и определите ее вклад в патогенез болезненного состояния больного. В некоторых случаях может помочь назначение бета-блокаторов или бензодиазепинов, но показания к их назначению должны быть абсолютными, так как это - новое лекарственное средство, которое само, в свою очередь, может вызвать побочные действия. Только после всего этого, оценив все факторы, которые могли способствовать неудовлетворительному результату проведенного курса лечения, можно приступить к собственно терапии основного расстройства. Лечение больному назначается с обязательным соблюдением последовательности перехода от монотерапии (с которой надо начинать) к терапии несколькими препаратами. Это общее правило, которое поддерживается большинством экспертов в фармакотерапии.

Нужда в добавлении еще одного лекарственного средства, возникает, если у пациента выражены депрессивные симптомы (добавляют антидепрессант), или недостаточен ожидаемый эффект (добавляют еще один нейролептик). Такова практика. Правда, терапевтические исследования не поддерживают такого подхода, несмотря на то, что он широко распространен в среде лечащих врачей. Исследователи считают, что назначение дополнительных препаратов может быть сделано только после нескольких неудачных курсов монотерапии, и в первую очередь должен быть рассмотрен вопрос о назначении лепонекса (clozapine). При неудаче в лечении приходится сделать вывод о том, что у больного - обострение заболевания несмотря на проводимую терапию.

Какие результаты проводимого лечения нужно считать неудовлетворительными? Только два:

- 1) Появились признаки токсического действия назначенной терапии.
- 2) Несмотря на лечение, у пациента сохраняются позитивные и негативные симптомы в такой мере, что он не может работать, существовать в социуме, нуждается в наблюдении, неспособен сам решать свои проблемы.

О проявлениях токсического действия лекарственных препаратов уже говорилось выше. Особое внимание надо уделить больному, если у него замечено появление тремора. В таких случаях нужен дифференциальный диагноз, особенно в ситуации первой вспышки психоза у больного моложе 30 лет при отсутствии наследственной отягощенности психическим расстройством. Здесь требуется консультация невролога, а при наличии очаговых

неврологических знаков - проведение МРТ или КТ. Вообще с постановкой диагноза шизофрении не стоит торопиться - задержки в диагностике на 12-24 месяца типичны для этого заболевания. Важнее не пропустить другую патологию. И в подобных случаях только при ее исключении надо заняться подбором адекватной нейрорепитивной терапии. О том, какие рекомендации дает здесь доктор Osseger – в следующем номере газеты.

В.Я.Евтушенко.

Круглый стол: Существует ли эндогенность как патофизиологическая реальность?

Этот Круглый стол был недавно проведен в Интернете на сайте известной фармацевтической фирмы Solvay Pharma. Участники: Биккель Михаил Владимирович, (психотерапевт, Владивосток), Тернер Александр Максимович, психиатр, психиатрическая больница, г. Азов, Ростовская область. Старостина Елена Георгиевна, психоэндокринолог, профессор МОНИКИ, Москва, Банзгер Игорь Эдуардович, психиатр психиатрической клиники в городе Chemnitz, Германия. Как нам представляется, обсуждаемая проблема должна выхватить интерес и у психиатров нашей области. Приглашаем к дискуссии.

М.В.Биккель: Уважаемые коллеги! Как известно, понятие эндогенности широко используется в отечественной научной психиатрической литературе. Что же такое «эндогенность» - часть наследия А.В.Снежневского или патофизиологическая и психофизиологическая реальность?

А.М.Тернер: А как вы сами считаете?

М.В.Биккель: Уважаемый коллега, отвечаю, как на духу: для меня по этому вопросу все достаточно расплывчато, противоречиво и даже амбивалентно. А иначе зачем ставить вопрос на обсуждение? Полагаю, что те, кто начал заниматься психиатрией сразу после окончания ВУЗа впитали понятие эндогенности как одно из базовых, как часть профессиональной культуры психиатрии. И в этом смысле я мало чем отличаюсь от других. Но в психиатрии за этим понятием - находится целое мировоззренческое таинство принадлежности к профессии психиатра. На мой взгляд, общим для эндогенности шизофрении, аффективных психозов и эпилепсии является лишь то, что все эти расстройства и заболевания имеют очень неясную этиологию и эта проблема упирается не в современный уровень развития психиатрии, а в состояние базовых по отношению к психиатрии отраслей биологических наук о мозге и отчасти академической психологии. А в профессиональном обороте психиатров сохраняется этот исторический миф об эндогенности, восходящий к психиатрии 19 века, Гринингеру и Бонгефферу. Во всяком случае, патофизиологических и психофизиологических оснований под эту дефиницию я не вижу.

Е.Г.Старостина: Михаил Владимирович, эти аргументы давно уже выдвинуты за рубежом. Там понятие эндогенности давно почти не используется. Только наши психиатры сопротивляются изо всех сил.....

М.В.Биккель: Уважаемая Елена Георгиевна, Меня, честно говоря, ещё лет 25 назад (на 4-м курсе) впервые озадачило это понятие (эндогенность) в психиатрии, но тогда возражать на такие штуки было даже где-то и опасно, а вот совсем недавно один из зарубежных коллег - психологов (Израиль) достаточно уверенно заявил, что понятие эндогенности это вчерашний день и т.д. Но почему сопротивляются наши коллеги - психиатры, соотечественники? Инерция мышления, его консервативность и косность, свойственная возрасту или профессиональные девиации? А может есть реальные контраргументы в пользу права на существование эндогенности? Почему же в данном случае профессиональное мифотворчество имеет такие глубокие корни?

И.Э.Банзгер: Я бы назвал это черно-белой парадигмой в психиатрии, сейчас она сменилась на западе континуумной парадигмой, где все психические нарушения, в том числе и эндогенные рассматриваются как биопсихосоциальные расстройства. Не случайно на западе происходит слияние дисциплин - есть нейропсихиатрия, нейропедиатрия, нейроофтальмология, психореаниматология и т.д. С другой стороны повсюду существуют

двойные стандарты - хоть в мкб-10 и нет деления на психозы и неврозы, но они остаются важными рабочими понятиями, как и эндогенное и экзогенное.

Е.Г.Старостина: Отчасти сопротивляются потому, что большинство не знакомы с психологией (чего стоит только презрительное «психологизация» по отношению к психическим расстройствам), особенно к ее психодинамической модели, которая так важна для изучения «эндогенных» процессов. Да и зачем психиатрам нужна психология, если они не занимаются психотерапией? Конечно, некие эндогенные компоненты существуют, как предрасположенность, уязвимость и т.д., которая может реализоваться или нет, и взаимодействует с экзогенными факторами... Много работ по органическим изменениям в ЦНС (выявляемые на МРТ или ПЭТ) при шизофрении, но какие-то они методически неубедительные... Все это чистое теоретизирование - эндогенное, экзогенное.... Много в психиатрии красивых теорий без убедительных доказательств. Недавно в одной учебной программе солидного ВУЗа по психосоматике увидела такое: «коморбидность вялотекущей шизофрении и соматических заболеваний». Тушите свет. Говорят, Снежневский, выйдя в соматические ЛПУ, мог поставить диагноз «шизофрения с корешковым синдромом». Бр-р-р. Игорь Эдуардович, как говорится, бог с ним, с черно-белым мышлением. А вот о нейропсихиатрии пару слов сказать хочется. Боюсь, что перейди мы сейчас на стандарты нейропсихиатрии, так 99% ныне действующих психиатров, тут же оказались бы не у дел. А для переучивания психиатра на нейропсихиатра понадобится несколько месяцев, а возможно и лет. Если кто-то смотрел книгу Т.А.Доброхотовой Нейропсихиатрия, 2006, тот может представить о чем речь. Но большинство психиатров никогда не изучало и нейропсихологии, какая уж тут нейропсихиатрия.

М.В.Биккель: Игорь Эдуардович, бывает у вас в немецкой клинике так, когда один психиатр многозначительно говорит другому об эндогенности процесса, и оба сразу всё поняли? Является ли понятие эндогенность частью профессиональной культуры, есть ли сакральный смысл этого термина в Германии?

И.Э.Банзгер: Михаил Владимирович, вы вероятно имеете в виду, насколько в Германии выражены тенденции конституционализма в психиатрии, особенно в связи с историческим развитием Германии в 20 веке. По своим наблюдениям могу сказать, что идет процесс фельдшеризации в психиатрии, да наверно и в медицине в целом. Понятие эндогенности предъявляет к психиатру гораздо меньше требований и если эндогенность в разговоре 2 психиатров еще встречается, то применять например термин «гебоид» Кальбаума в разговоре с психиатром последних эдак 10 лет выпуска я не рискую - он не знает ни гебоида, ни Кальбаума, а ведь многие состояния очень хорошо описаны в классике Все достаточно прагматично и даже примитивно. В неврологии забыта топическая диагностика, проблему решает МРТ и ПЭТ, хотя по одному меткому выражению перед аппаратными методами диагностики нужно снимать шляпу, но не голову. Уважаемая Елена Георгиевна. Полагаю, ситуацию схематически можно представить так. Существует как бы два разнонаправленных, противоположных вектора, с одной стороны сопротивление врачей психологизации, или, как иногда говорят, психологизаторству, а с другой противодействие психологов медикализму врачей. Что касается нейропсихиатрии, то, много работ по органическим изменениям в ЦНС (выявляемые на МРТ или ПЭТ) при шизофрении, но они действительно методически неубедительные... Я в данном случае имею ввиду прежде всего те материалы, которые «мелькают» на сайте [www. neuroscience. ru](http://www.neuroscience.ru), где нейроученые знакомят с нейробиологией шизофрении и, в частности, с такими исследованиями, как белок реелин, который, судя по их материалам, вполне мог бы претендовать на биологический маркер шизофрении, а с появлением таких маркеров никто уже, пожалуй, не стал бы вспоминать о предрасположенности, уязвимости, нозос-патосе, эндогенности и т.д. Или это, как говорится. слишком оптимистичный прогноз? Уважаемый Игорь Эдуардович, вы, вероятно имеете ввиду, насколько в Германии выражены тенденции конституционализма в

психиатрии, особенно в связи с историческим развитием Германии в 20 веке. Честно говоря, никогда ни о чем подобном даже не слышал.

М.В.Биккель: Игорь Эдуардович, о конституционализме в психиатрии, это была шутка? К своему стыду об этом я ничего не слышал, Поэтому прошу по возможности сориентировать в плане литературы, допускаю, что отечественной российской литературы на это счет просто не существует. О топической диагностике. Жалко, что в неврологии она забыта. Недавно пару недель ходил на занятия к нашему профессору-неврологу, слушал её детективные рассказы о топической диагностике, ей уже за 70, так это без преувеличения, просто поэма. Вообще техника возвращает врачей. Кстати, к самим фельдшерам я отношусь нормально, а что такое фельдшеризм в Германии, этого я даже представить не могу. Возвращаясь к эндогенности. Совершенно понятно, что ее долгожительство обусловлено существованием профессиональной субкультуры, которая помимо всех своих традиционных функций для таких культур имеет выраженную функцию защиты и охраны её носителей. Отсюда некоторый эффект инерционности и разрыв между пониманием и принятием.

И.Э.Банзгер: Идеи Кречмера, которого можно считать типичным представителем конституционализма, и который, в отличие от Фрейда, шел от нормы (т.е. от врожденной и не меняющейся в течении жизни конституции, то бишь эндогенного фактора) к патологии - конечно не подтвердились в строгом научном эксперименте, но рудименты можно еще встретить в некоторых, в настоящее время тоже устаревших, нейробиологических теориях, как например дофаминовой теории шизофрении и гиперкортизоновой теории депрессии или например привязки шизофрении к таламусу (нарушение функции фильтрации и переработки), а аффективных нарушений к лимбической системе. Почему это явление такое стойкое? видимо из желания, сознательного или бессознательного, упростить действительность.

М.В.Биккель: Ах, вот о каком конституционализме идёт речь. Игорь Эдуардович, а вот почему понятие эндогенности – явление стойкое, у меня помимо тривиальных объяснений этой тенденции никаких других нет. Интересная штука - желание упростить действительность.

От редакции: Целый ряд обсуждаемых вопросов уже нашел освещение в разных номерах нашей газеты. Читайте «Московскую областную психиатрическую газету» и вы всегда будете полны новых знаний о происходящем в психиатрическом мире!

Юбилей

Сердечно поздравляем наших дорогих коллег с Юбилеем и желаем им всем здоровья, счастья, радости, больших успехов в работе и в личной жизни!

Юбилеры декабря

Чуть больше 25 лет со дня рождения

7 декабря – Лидия Михайловна ШЕСТАКОВА – врач-психиатр областной психиатрической больницы № 22 (г.Химки);

12 декабря – Вера Васильевна ЛУКЪЯНОВА, зав. отделением Балашихинского психоневрологического диспансера;

12 декабря – Нина Яковлевна БОЛЬШАКОВА, врач-консультант диспансерного отделения ЦМОКПБ, а ныне – Почетный Пенсионер;

19 декабря – Людмила Анатольевна НЕФЕДОВА, зав. отделением областной психиатрической больницы № 11 (Шатурский район).

50 лет со дня рождения

3 декабря – Владимир Александрович ХВАЛЕВ, зав. отделением областной психиатрической больницы № 3 (Егорьевский район);

12 декабря – Владимир Васильевич КОРДУБАН, врач психиатр-нарколог службы «Медсервис», Люберцы;

12 декабря – Сергей Игоревич КУПОВ, врач-психиатр областной психиатрической больницы № 8 (Орехово-Зуево);

14 декабря – Андрей Владиславович МАКРОВСКИЙ, врач-психиатр психиатрической бригады скорой медицинской помощи Мытищинской ЦРБ.

55 лет со дня рождения

8 декабря – Александр Александрович МИЛАНИН, врач-психиатр Центра «Русь»;

70 лет со дня рождения

1 декабря – Владимир Иванович ПОДДУБНЫЙ, Заслуженный врач РФ, Главный психиатр Московской области, главный врач ЦМОКПБ (наше приветствие ему – в № 9 за 2007 г.);

2 декабря – Борис Александрович ТОКАРЕВ, зав. отделением отделения неврозов Электрогорской городской больницы; Борис Александрович хорошо известен психиатрам Московской области. Довольно долго он был заместителем главного врача ЦМОКПБ. Последние годы он не только успешный лекарь, но и активный общественный деятель, частый автор нашей литературно-поэтической страницы. Правда, предпочитает скрываться под псевдонимом. Желаем ему счастья и здоровья!

16 декабря – Вячеслав Евгеньевич ТИМОНИН, врач-психиатр Черногорской психиатрической больницы Солнечногорский район;

22 декабря – Евгений Александрович ГАЛИЧЕНКО, главный врач Люберецкого психоневрологического диспансера.

Вот он какой – красивый, подтянутый. На вид и не дашь семидесяти. Больше того – до сих пор взор туманит, даже при взгляде на фотографию. И манит, манит... Вот это энергетика! Не случайно Евгения Александровича так уважают сотрудники и так любят сотрудницы диспансера. Стоит того! Евгений Александрович Галиченко – один из старейших главных врачей в психиатрии Московской области. Желание стать психиатром было у него столь велико, что он, после окончания Московского медицинского института, как Чехов, уехал на Сахалин, чтобы работать в Сахалинской психиатрической больнице, сначала врачом-психиатром, а потом – и главным врачом. Возвратившись в Люберцы, в Люберецкий психоневрологический диспансер, он прошел здесь настоящую психиатрическую школу – от участкового врача до зав. отделением. С февраля 1968 года Е.Г.Галиченко стал главным врачом диспансера и с этого времени почти 40 лет возглавляет всю психиатрическую службу Люберецкого района – одного из крупнейших районов Московской области. За эти годы ему удалось создать работоспособный, дисциплинированный, высококвалифицированный коллектив, пользующийся заслуженным уважением населения, коллег и больных. Долго пребывая на административной работе, он остается врачом-клиницистом, умеющим подсказать врачу решение диагностического вопроса. Он великолепный знаток законодательства, постоянно стоящий на защите интересов больных. Коллектив с большим уважением относится к его профессионализму, и к его не так часто встречающейся в нашей жизни порядочности, к его потрясающему отцовству.

Как Вашего сердца хватает опять,



Чтоб в новых тревогах средь ночи и дня
 Нести милосердье, как пламя огня?
 Вы скажете – сами уверены в том,
 Что все это опыт, и стаж, и диплом,
 Сноровка, трезвый расчет, профессия...
 Все же есть что-то еще!

У этого «что-то» особый язык.
 Ведь разве опишешь (пиши – не пиши)
 Признательный взгляд
 Воскресшей души...

В.И.Клейман, Зав.отделением Люберецкого психоневрологического диспансера

Юбилеи предстоящие

1 января – Кузнецова Валентина Алексеевна, врач-психиатр областной психоневрологического диспансера (Долгопрудный),

1 января – Котелкова Людмила Иосифовна, Заслуженный врач Эстонской ССР, врач-психиатр Домодедовского ПНД;

4 января – Макаркин Валентин Алексеевич, врач-психиатр Ступинского психоневрологического диспансера,

11 января – Колганов Анатолий Сергеевич, зав. отделением областной психиатрической больницы № 3 (Егорьевский район),

17 января – Кретов Виктор Михайлович, зав. отделением областной психиатрической больницы им. Яковенко,

19 января – Маруев Дмитрий Семенович, врач-психиатр бригады

скорой психиатрической помощи Наро-Фоминской ЦРБ; 21 января – Малов Валерий Александрович, врач-психиатр областной психиатрической больницы № 8 (Орехово-Зуево),

23 января – Урейская Валентина Павловна, врач-психиатр психиатрического кабинета Ивантеевской ЦРБ,

25 января – Конохова Мария Васильевна, врач-психиатр областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко,

25 января – Филина Елена Александровна, врач-психиатр психиатрического кабинета Луховицкой ЦРБ,

26 января – Оробейко Владимир Григорьевич, врач-психиатр областной психиатрической больницы № 12 (Лотошинский район).

Ростислав Николаевич МУРАШКИН и Марк Исидорович РЫБАЛЬСКИЙ - 90 лет со дня рождения

Это две крупнейшие фигуры в истории Московской областной психиатрии второй половины XX века. Ростислав Николаевич Мурашкин длительное время был Главным психиатром области, главным врачом ЦМОКПБ. А до того он руководил Коломенской психиатрической больницей, привел к расцвету Хотьковскую психиатрическую больницу, теперь знаменитую областную больницу № 5. Это на ее базе Ростислав Николаевич создал уникальную Мытищинско-Загорскую зону оказания психиатрической помощи, из которой потом выросли пять психоневрологических диспансеров, многие из них стали уже самостоятельными учреждениями. Благодаря настойчивости, упорству, воле и пронизательности Ростислава Николаевича 5-я больница получила новые благоустроенные лечебные корпуса.



Стараниями Ростислава Николаевича вырос и лечебный корпус в ЦМОКПБ. Это сейчас мы недовольствуемся его старомодной планировкой и некоторой ветхостью. А тогда – это было переселение в новый невиданный до того мир комфорта и удобств! И всегда рядом с Главным психиатром Р.Н.Мурашкиным был начальник его штаба – Марк Исидорович Рыбальский. Уникальный человек, обладавший огромным талантом организатора, он продолжил эпидемиологическую работу, начатую еще В.И.Яковенко, организовал перепись психически больных путем подворного обхода населения одного из крупнейших районов области. Это дало ему направление для построения системы организации психиатрической помощи и материал для докторской диссертации по эпидемиологии шизофрении, которую он с успехом защитил. М.И.Рыбальский - автор нескольких монографий и руководств для врачей по клинической психиатрии. Но главным достижением Р.Н.Мурашкина и М.И.Рыбальского (совместно с тогдашним заместителем Р.Н. по внебольничной помощи Э.С.Гурьяном и юристом А.И.Рудяковым) было создание первой в России службы наркологической помощи, из которой и на основе которой потом родилась в стране современная наркология. А они были первыми. Именно в Московской области появилось первое наркологическое отделение при промышленном предприятии (О.И.Добриков).

Опыт Московской области в развитии этого направления психиатрии был признан уникальным. На базе пятой Хотьковской больницы было проведено пять (!) Всесоюзных семинаров для врачей всей страны, после чего и возникла наркологическая служба и наркологическая наука. Очень несхожих по характеру, этих людей объединяла неумная энергия, любовь к своему делу, работа с полной самоотдачей. Ростислав Николаевич был человеком широкой души, мудрым, добрым и великодушным. Марк Исидорович поражал организованностью, пробивной силой и умением достигать намеченных целей. И при этом оставался великолепным клиницистом, «лекарем», как он любил себя называть. Стоит добавить к этому, что всего этого он добивался, будучи практически слепым, пользуясь услугами помощников и арсеналом своей необъятной памяти. С ним бывало порой трудно, но всегда интересно. Вот такие люди работали у нас. Забыть их – невозможно.

