



Московская областная ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

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

№ 2 (29) февраль 2007 г.

Новости

ЦМОКПБ: как медикам работает, так они и работают

В ЦМОКПБ проведено анонимное анкетирование медицинских работников стационарных отделений для того, чтобы узнать, в какой мере они удовлетворены своей работой. Это сделано в рамках программы оценки качества оказываемой больным психиатрической помощи. Руководство больницы считает, что качество помощи больному непосредственно связано с тем, довольны сами медики своей работой: интересна ли им она, хороши ли условия работы, каковы взаимоотношения в коллективе, помогает или «давит» руководство. Немаловажным казался вопрос, как сказывается работа на состоянии здоровья медработников. Ну и, конечно, хватает ли им зарплаты. Результаты этого опроса были обработаны таким образом, чтобы получить некий общий индекс, показатель удовлетворенности сотрудника, представленный в виде некоторого числа со значениями от 0 до 100 условных единиц. При этом 0 характеризовал полное отсутствие какого-либо удовлетворения работой, а 100 – максимальную выраженность того удовольствия, какое человек может иметь от своей трудовой деятельности и ее результатов.

Что же мы узнали, «поговорив» таким образом с трудовым коллективом? Много интересного. Общий показатель удовлетворенности своей работой в ЦМОКПБ не очень высок (68) и он мало отличается в трех основных категориях медработников – врачи (64), медсестры (68) и санитарки (71). При этом, как ни печально, людям не слишком нравится то, что обслуживают они душевнобольных, их работа в психиатрии. Даже у врачей этот показатель не достиг, как ожидалось, максимума, а составил всего 92 ед. У медсестер и санитарок он существенно ниже и одинаков (73). Медработников больницы не удовлетворяют, главным образом, три обстоятельства: прежде всего, это низкий уровень зарплаты – 36 ед. Зарплатой больше всего недовольны санитарки (22) и врачи (27). Медсестер размер зарплаты заботит немного меньше (45). На втором месте стоит неудовлетворенность своим самочувствием к концу рабочего дня – 53 (врачи – 59, медсестры – 50, санитарки – 46), и общим состоянием своего здоровья – 64 ед. (врачи – 68, медсестры – 61, санитарки – 64). И только вслед за этим идет озабоченность собственно производственными делами, причем недовольство вызывает главным образом, работа мед. части больницы – 69 ед. (у врачей – 72, у медсестер 64, у санитарок – 72). А вот своими заведующими отделениями люди довольны. Наивысшую оценку получила работа зав.отд. – 95 ед. (у врачей – 87, у медсестер – 97, у санитарок – 100). В той же мере они довольны его профподготовленностью, вниманием к подчиненным, психологическим климатом. В отделениях, по мнению наших медработников – все хорошо. Была бы зарплата побольше, здоровье получше, да и медчасть пусть будет пошустрее, а у нас самих все хорошо. И не морочьте нам голову какой-то любовью к психиатрии. Работа с душевнобольными – такая же, как и везде. В этом просматривается некая отстраненность от главного в нашей профессии. Такой позиция вполне уместна для конторских чиновников, но опасна для тех, кто лечит людей. Есть над чем задуматься.

В.Я.Евтушенко

Из почты Главного психиатра Московской области: побольше бы таких врачей, как Сергей Дмитриевич Бобков!

Уважаемый Владимир Иванович!

У меня есть сын, Евгений Николаевич, 1974 г.р., который является инвалидом детства 2 группы. Он с трудом окончил 8 классов сельской школы и в настоящее время проживает со мной и моим мужем – отчимом Евгением. У нас хорошая семья, но в году бывает от 2-х до 4-х случаев, когда я с сыном вынуждена обращаться в Егорьевскую психиатрическую больницу № 3 по поводу обострения заболевания сына Евгения. Каждый раз при обращении за помощью в больницу к главному врачу Бобкову Сергею Дмитриевичу я и мой сын ощущаем теплый прием, вежливое отношение, глубокое понимание проблемы. Каждый раз, на протяжении



долгих лет Бобков С.Д. оказывает сыну медицинскую помощь, «ставит его на ноги» и всегда он доброжелателен, отзывчив, проявляет глубокое внимание и сочувствие моему горю. В Егорьевском районе Бобкова С.Д. знают как грамотного врача-психиатра, опытного специалиста. Многих людей он вылечил, многим дал добрые советы, за что больные люди и их родственники очень благодарны ему. Я хочу выразить через Вас огромную благодарность Бобкову С.Д. за его теплоту, доброту, многолетнее терпение к нам, за оказываемую грамотную медицинскую помощь. Желаю ему и всем медицинским работникам крепкого здоровья. Работая с трудным контингентом больных, Вы не очерствели, а добры и доброжелательны к больным. Побольше бы таких врачей, как Бобков С.Д. С уважением, Н-ва В.А.

Редакция полностью согласна с такой высокой оценкой труда нашего коллеги. Желаем Сергею Дмитриевичу здоровья, счастья, и неиссякаемого желания нести людям добро.

В Грузии закрываются психиатрические больницы

Ради экономии в рамках реформы системы грузинского здравоохранения в Тбилиси закрываются психиатрические больницы. Среди них - крупнейшие в стране научно-исследовательская клиника им. Асатиани и психбольницы, расположенные в пригородном районе столицы Глдани, передает «РИА «Новости». «В конце февраля будет установлен стандарт, согласно которому психиатрические койки будут перераспределены в многопрофильные городские больницы. Интеграция психически больных людей в многопрофильные клиники - это принятая во всем мире практика», - такую точку зрения высказал журналистам председатель парламентского комитета по вопросам здравоохранения и социальной защиты Гиоргий Церетели. В Минздраве Грузии поясняют, что эта мера продиктована нецелесообразностью расходования крупных государственных средств на финансирование подобных лечебниц, которые, как правило, имеют весьма большой обслуживающий персонал. В целом идею закрытия поддерживают директора психиатрических клиник, но добавляют при этом, что в стране должны существовать и многопрофильные психиатрические учреждения. «В мире существуют как многопрофильные больницы, так и многопрофильные психиатрические клиники. Хотелось бы, чтобы и у нас были открыты подобные учреждения», - сказал журналистам директор НИИ им. Асатиани Давид Зурабишвили. Несмотря на объявленные планы, в грузинском Минздраве пока не доработали пункты реформы относительно того, как содержать психически больных людей, которые подпадают под категорию опасных для общества.

Источник: glavred.info

Состояние психического здоровья населения Российской Федерации

Обнародован государственный доклад Минсоцздрава РФ и РАМН «О состоянии здоровья населения РФ в 2005 году». В нем, прежде всего, отмечается тенденция к неуклонному снижению самоубийств (на 100 тыс. нас.) с 39,1 в 2000 году до 32,2 в 2005 г. В 2005 г. продолжался рост общей зарегистрированной заболеваемости, и темп его прироста в сравнении с 2004 г. составил 2%. На этом фоне показателя заболеваемости психическими расстройствами практически не изменился (5399,1 в 2005 г. против 5366,2 в 2004 г.)

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, включая и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в 2005 г. составило 1028,4 тыс. человек (0,7% всего населения). Из них дети составили 183,0 тыс., подростки - 87,7 тыс. и взрослые - 757,7 тыс.

Отмечено, что по сравнению с 2004 годом снизилась первичная заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами (на 3,1%) и умственной отсталостью (на 7,1%). Вместе с тем первичная выявляемость психозов и слабоумия увеличилась на 2,0%, в том числе заболеваемость органическими психозами и/или слабоумием возросла на 4,2%.

Первичная заболеваемость алкоголизмом в 2005 г. составила 147,0 на 100 тыс. населения - на 4,0% меньше, чем в 2004 г. (153,1). Вклад в нее алкогольных психозов сократился на 3,5% - с 54,0 до 52,1. Их удельный вес в 2005 г. составил 35,5%. Первичное выявление лиц, злоупотребляющих наркотиками, по стране в целом в 2005 г. составило 25,2 на 100 тыс. населения (на 12,2% выше уровня 2004 г.).

Болезненность. В 2005 г. в государственные учреждения страны обратилось за психиатрической и наркологической помощью 7757,0 тыс. человек, или 5,4% населения. Из этого числа 785,3 тыс. составили дети в возрасте 0-14 лет включительно (3,7%), 418,6 тыс. - подростки 15-17 лет включительно (5,9%), 6553,1 тыс. - взрослые в возрасте 18 лет и старше (5,8%). В структуре контингентов больных в целом преобладали больные непсихотическими психическими расстройствами (50,6%), 26,1% страдали психозами, 23,3% - слабоумием и умственной отсталостью.

Распространенность алкоголизма (включая алкогольные психозы) в 2005 г. составила 1539,1 на 100 тыс. населения. В 2005 г. специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 328,0 тыс. больных наркоманией, или 230,4 на 100 тыс. населения - на 0,7% больше, чем в 2004 г. (228,8).

Структура больных практически не изменилась: 87,8% страдают опийной зависимостью, 6,4% зависимостью от каннабиса, 4,3% употребляют другие наркотики и их сочетания. Вклад зависимости от психостимуляторов невелик - 1,5%. Распространенность опийной наркомании за истекший год увеличилась с 211,4 до 212,0 (на 0,2%). На этом фоне в течение последних шести лет наблюдается неизменное увеличение учтенной распространенности зависимости, связанной с употреблением каннабиноидов: в 1999 г. она составляла 9,6 на 100 тыс. населения, в 2005 г. - 15,4. Распространенность токсикомании за последний год увеличилась на 3,7%: с 10,8 на 100 тыс. населения до 11,2. На каждого больного токсикоманией приходится двое злоупотребляющих ненаркотическими веществами (20,7 на 100 тыс. населения).

Инвалидность. Число инвалидов в связи с психическими расстройствами в 2005 г. составило 989,4 тыс. и увеличилось по сравнению с 2004 г. на 31,2 тыс., или на 3,3%. В расчете на 100 тыс. человек число инвалидов вследствие психических расстройств в 2005 г. составило 695,1 (в 2004 г. - 673,1). В общем числе инвалидов 8,3% составляют больные с III группой инвалидности, 12,3% - дети-инвалиды в возрасте до 17 лет включительно. 35,4% инвалидов составили больные шизофренией, 33,9% - больные умственной отсталостью, 9,8% пришлось на больных эпилепсией (с психозом и без психоза), 2,8% - на больных хроническими неорганическими психозами. В 2005 г. наблюдалось небольшое уменьшение числа работающих инвалидов (на 448 человек, или 1,1%), а общее число работающих составило 40138 человек (4,1% всех инвалидов).

Сеть учреждений. В течении 2005 г. общее число лечебно-профилактических учреждений сократилось на 744 (на 4,4%). Суммарный коечный фонд всех стационаров больниц и диспансеров за 2005 г. сократился на 24,6 тыс. (на 1,6%). Обеспеченность койками на 10 тыс. населения составляет: психиатрическими - 11,4; наркологическими - 2,0; В структуре коек круглосуточного пребывания психиатрические составляют 10,7%; Доля коек в диспансерах психоневрологических - 12,5%; наркологических - 9,9%. В 2005 г. амбулаторно-поликлиническую помощь в стране лицам с психическими расстройствами оказывали 173 психоневрологических диспансера (в 2004 г. их было 170), 2249 психоневрологических кабинетов (диспансерных отделений) (в 2004 г. - 2270), 6 психозендокринологических кабинетов и 1095 психотерапевтических кабинетов. В 2005 г. продолжалась начавшаяся с середины 1980-х годов тенденция уменьшения числа и доли больных, находящихся под диспансерным наблюдением, и увеличения числа и доли больных, получающих консультативно-лечебную помощь.

Больничная помощь. По поводу психических расстройств в психиатрические стационары в 2005 г. госпитализировано 664,4 тыс. (466,8 на 100 тыс. человек) - на 7,2 тыс. человек или на 1,1% меньше, чем в 2004 г. Средняя длительность пребывания в стационарах психически больных в 2005 г. остается весьма высокой: 76,9 дня (в 2004 г. - 75,7 дня). Столь большие сроки пребывания больных в стационарах в немалой мере обусловлены тем, что многие пациенты находятся там более года: в 2005 г. - 22,3%, в 2004 г. - 21,7%, в 2003 г. - 21,4%, в 2002 г. - 21,2%, в 2001 г. - 20,7%. Среди поступивших в стационары в 2005 г. 8,7% госпитализированы в недобровольном порядке (57604). Среди них 81,9% составили больные с психическими расстройствами, в т.ч. 50,2% больных шизофренией и 18,7% больных органическими психозами; остальные страдали наркологическими расстройствами: 14,0% - алкогольными психозами, 0,24% - наркоманиями. В отношении 32,9% больных, недобровольно госпитализированных в 2005 г., получено решение суда о недобровольной госпитализации в соответствии со статьей 35 (в 2004 г. - 31,4%). Коечный фонд для психически больных в 2005 г. продолжал сокращаться и уменьшился на 1636 коек (на 1,0%), составив на конец года 161748 коек - 11,4 на 10 тыс. населения. В структуре фонда 149375 составляют койки для взрослых (92,3%); 9948 - койки для детей (6,2%) и 2425 - психосоматические койки (1,5%). Сокращение коснулось в основном психиатрических коек для взрослых. Средняя занятость психиатрической койки в году составила 333 дня (в 2004 г. - 334), в т.ч. койки для взрослых - 335 дней (в 2004 г. - 336), детские койки - 299 дней, как и в 2004 г. И только использование психосоматической койки снизилось с 358 дней в 2004 г. до 335 дней в 2005 г.

Дневные стационары. Число мест для психически больных в дневных стационарах увеличилось с 15685 в 2004 г. до 16274 в 2005 г. Обеспеченность местами в дневных стационарах в расчете на 100 диспансерных и консультативных больных составила 0,4. Число больных, получивших лечение в дневных стационарах, в расчете на 100 диспансерных и консультативных больных составило в 2004 и 2005 гг. - 3,5, в 2003 г. - 3,8. ЛП(Т)М. К 2005 г. в лечебно-производственных мастерских (ЛПМ) осталось всего 12946 мест для стационарных и амбулаторных больных - на 2196 мест (14,5%) меньше, чем в 2004 г. На 100 диспансерных больных приходилось всего 0,73 места (в 2004 г. - 0,84), а число работающих в ЛПМ составляло 2,2 из каждых 100 диспансерных больных.

Кадры. Число врачей-психиатров (физических лиц) составило 14448 - 1,02 на 10 тыс. населения, врачей-психотерапевтов - 1898 (0,13). Медицинскими психологами было занято 3158 должностей, в том числе 1304 должности в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Социально-психиатрическая помощь оказывалась 577 специалистами по социальной работе и 1464 социальными работниками. Тенденции. В деятельности психиатрической службы к 2006 г. наметились следующие тенденции: сокращение числа психоневрологических и психотерапевтических кабинетов, которые, как правило, функционируют на базе общесоматических учреждений; закрытие психиатрических

отделений в больницах общесоматического профиля; уменьшение числа врачей-психиатров и психотерапевтов (физических лиц) и сокращение числа занимаемых ими должностей, включая должности, занятые на амбулаторном приеме; снижение коечного фонда для психически больных, которое не компенсируется адекватным ростом числа мест в дневных стационарах; стремительное свертывание системы трудовой реабилитации психически больных.

Задачи. Дальнейшее развитие получают службы социальной и психологической поддержки, «телефоны доверия», работа по воспитанию навыков рационального поведения в стрессовых ситуациях. Настало время разработать и реализовать политику непрерывного улучшения качества медицинской помощи. Одновременно должна получить развитие система регулирования отношений между пациентами и медицинскими работниками, включая реализацию прав пациентов, работу с их жалобами, этические и юридические аспекты этих отношений. В ближайшее время особое внимание будет уделено переводу всей системы здравоохранения на страховые принципы и на преимущественно одноканальное (страховое) финансирование. Активнее будет развиваться конкуренция среди медицинских страховых организаций наряду с практической реализацией права пациента на выбор между ними. Медицинский персонал должен быть экономически заинтересован в развитии профилактики и внедрении здорового образа жизни, в повышении результативности своей работы и улучшении здоровья населения.

Мэрилин Монро вернулась?

Она опять на этом свете – но в теле другой женщины. Ею оказалась 43-летняя солистка канадской рок-группы Pandamonia Шерри Леа Лейрд. Психиатр из Малибу Адриан Финкельштейн заявил, что обнаружил предыдущее воплощение Лейрд, погрузив ее в состояние гипноза во время сеанса регрессивной терапии, известной как «возвращение в прошлую жизнь». Он утверждает, что здесь имеет место реинкарнация знаменитой Мэрилин Монро. Критически настроенные специалисты говорят, что регрессивная терапия может привести к возникновению ложных воспоминаний, зачастую вследствие преднамеренных или непреднамеренных предположений гипнотизера. В результате, отмечают скептики, их рассказы трудно, а то и невозможно подтвердить. Но Шерри Леа Лейрд сообщила такие детали, которые могла знать только сама Монро. Например, показать тетку актрисы по материнской линии на семейной фотографии. Психиатр также указал на существующее, по его мнению, сходство черт лица, кистей рук, стоп, голосов и почерков двух женщин. Лейрд родилась через 11 месяцев после смерти Монро.

Источник: www.estv.ru

Боремся с атеросклерозом

На конгрессе «Человек и лекарство» было обращено внимание растительный препарат с мощным антиатерогенным эффектом. Это – Алликор – таблетки из чесночного порошка. После 12 месяцев непрерывного приема Алликора. (по 1 таблетке 2 раза в день) выявлено достоверное уменьшение толщины атеросклеротических отложений в сосудах. Действие Алликора оказалось сопоставимым с применением статинов. Но препарат из чеснока не вреден, доступен по цене. Эффект, правда, достигается медленно, но зато верно.

Л.Г.Рослова (ЦМОКПБ)

Вопрос - ответ

Включается ли учеба в интернатуре по психиатрии в льготный стаж, дающий право на досрочный выход на пенсию?

Да, включается. Должность врача-интерна не отнесена к должностям врачей-специалистов (п. 3.3. Положения об оплате труда и п. 3 Номенклатуры, которая приведена в приложении

№ 3 к приказу Минздрава России от 15 октября 1999 г. № 377). Однако в соответствии с разделом 2.1. Тарифно-квалификационных характеристик (приложение № 2 к постановлению Минтруда России от 27 августа 1997 года № 43) эта должность относится к должностям специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием. То, что врач-интерн является врачом-специалистом с высшим медицинским образованием, подтверждается дипломом специалиста с высшим образованием. Это дает основания для занятия должностей высшего медицинского персонала. Поэтому период работы при прохождении интернатуры в должности врача-интерна может быть учтен при назначении пенсии медицинским работникам по выслуге лет – но только те периоды, когда врач-интерн работал в учреждениях, указанных в Списке (п. 3 Правил, утв. Постановлением № 781). А начиная с 1 ноября 1999 года в соответствии с п. 14 указанных Правил эта работа засчитывается в стаж при условии ее выполнения в режиме нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени, предусмотренным трудовым законодательством для соответствующих должностей.

И.С.Егорова, юрист АКГ «Интерэкспертиза». «Учет в медицине», № 1, 2007

Можно ли выписывать лекарства на старых рецептурных бланках?

Приказ Минсоцздрава РФ от 13 июня 2006 г. № 476 утвердил новую форму рецептурного бланка - ф. № 148-1/У-06 (л). Он включает элементы цифрового кодирования, источник финансирования, имеет корешок отрыва. С момента утверждения новой формы рецептурного бланка отпуск лекарства должен осуществляться только по этой форме. Но если рецепт был выписан до момента вступления в силу упомянутого приказа № 476, то есть до 22 июля 2006 года, а срок его действия не истек, то допустимо отпустить лекарство и по рецепту старой формы. А срок действия рецепта составляет один месяц.

И.В.Богачева, юрист отдела налогового и бухгалтерского консалтинга ООО «Генконсалтинг». «Учет в медицине», № 1, 2007

Имеет ли право медицинское учреждение оказывать платные услуги немедицинского характера?

Нет, не имеет. Учреждение вправе оказывать только те платные услуги, которые предусмотрены учредительными документами для достижения целей его создания. А целью создания медучреждения является осуществление медицинской деятельности. Поэтому коммерческой деятельностью такого учреждения признается оказание платных медицинских услуг, приносящих прибыль (Письмо Минздравмедпрома России от 25 июня 1996 г. N 2510/2926-96-27, Госкомимущества России от 11 июля 1996 г. N ОК-6/5435). Немедицинские услуги такое учреждение предоставлять не имеет права.

Юрист департамента налогов и права АКГ «Интерэкспертиза» И.С.ЕГОРОВА (Консультант-плюс)

Установлены ли законодательно сроки предоставления ответов на запросы, в том числе правоохранительных органов и суда?

До настоящего времени нет какого-либо законодательного или нормативного документа, где было бы указано, как поступать в ситуации, когда ответ на запрос не может быть подготовлен в установленный срок. И Минздравсоцразвития РФ пока не издавал документ, регламентирующий данный вопрос. В такой ситуации возможна следующая схема ответа на запросы. Поскольку территориальные ОВД, прокуратура, ФСБ и территориальные подразделения других органов исполнительной власти являются представителями на местах соответствующих госорганов исполнительной власти, то они, согласно Типовому регламенту, должны указывать срок предоставления необходимой им информации. В случае, если такой срок не установлен, либо установленный срок является недостаточным для подготовки ответа, учреждение, в которое поступил запрос, должно согласовывать с

адресатом срок предоставления информации. Заметим, что за непредставление или несвоевременное предоставление сведений в государственный орган (должностному лицу) предусмотрена ответственность в виде наложения административного штрафа (ст. 19.7. КоАП РФ), также существует ответственность за непредставление истребуемых судом доказательств (п. 3 ст. 57 ГПК РФ).

Юрисконсульт Юрической компании «Юнико-94» Н.И.СТРЕЛКИНА

Криминальная хроника:

Главврач психиатрической больницы попала под суд

Арбитражный суд Волгоградской области удовлетворил иск прокуратуры области о признании недействительным государственного контракта, в соответствии с которым Волгоградская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением, расположенная в селе Дворянском Камышинского района, приобрела дорогостоящую рентгеновскую аппаратуру. В мае 2004 года рентгеновская система CLINODIGIT на базе телеуправляемого стола с возможностью томографии была приобретена для нужд больницы за счет средств федерального бюджета. Главный врач стационара Татьяна Кузнецова, не получив на эту покупку официальных полномочий от Министерства здравоохранения РФ, заключила от имени больницы государственный контракт на приобретение оборудования с ООО «ЭМИТ». Волгоградский арбитражный суд, согласившись с требованиями прокуратуры, принял решение о взыскании с ООО «ЭМИТ» незаконно полученной суммы 14 650 000 рублей и обязал психиатрическую больницу вернуть продавцу рентгеновскую систему CLINODIGIT. Кроме того, следствием установлено, что таким же образом Кузнецова в 2003 году приобрела для нужд стационара транспортные средства и флюорографический цифровой аппарат «Пульмоскан 760». За это Татьяна Кузнецова осуждена Камышинским городским судом по ч.1 ст. 286 Уголовного кодекса РФ за превышение должностных полномочий, повлекшее существенное нарушение охраняемых законом интересов государства. В суде Кузнецова заявила, что действовала по указанию работника Минздрава РФ, отвечавшего за распределение финансовых средств по медицинским учреждениям. Суд принял во внимание смягчающие ее вину обстоятельства, в том числе нахождение на ее иждивении малолетнего ребенка, и назначил ей наказание в виде штрафа в размере 50 тысяч рублей. Кассационной инстанцией приговор оставлен без изменения. По заявленным Кузнецовой фактам о злоупотреблениях со стороны работника департамента экономического развития, управления финансами и материальными ресурсами Министерства здравоохранения РФ прокуратурой возбуждено уголовное дело по признакам ст. 285 ч. 1 УК РФ (злоупотребление должностными полномочиями), которое направлено по подследственности в прокуратуру Москвы.

Источник: ИА «REGNUM-ВолгаИнформ»

Заместитель главного врача психиатрической больницы нарушил закон о размещении заказов

Управление Федеральной антимонопольной службы (УФАС) по Краснодарскому краю оштрафовало заместителя главного врача по медицинской части психиатрической больницы на 10 000 рублей за нарушение ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Нарушение выразилось в размещении психиатрической больницей заказа на поставку товаров на сумму более чем 250 тысяч рублей. Дело об административном правонарушении по ст.7.29 Кодекса об административных правонарушениях РФ было возбуждено по результатам проверки Департамента финансов администрации Краснодара.

Источник: УФАС России

Психофармакология

Атипичные нейролептики - есть риски, но есть и преимущества

Несомненное достоинство атипичных нейролептиков - их эффективность при купировании не только позитивных, но и негативных психопатологических расстройств, в частности апатоабулических, нарушений мышления, когнитивной дисфункции. Выявлена их высокая эффективность в профилактике перехода заболевания с инициальной стадии в развернутую, в частности при раннем применении оланзапина (зипрекса) этот показатель снижается вдвое. Для проведения такого профилактического лечения хорош и амисульприд (солиан). В малых дозах он эффективно воздействует на негативные симптомы, занимающие важное место в картине продромальной стадии болезни.

Кроме того, отмечается положительное влияние амисульприда на когнитивные симптомы. Недавно обнаружено, что кратковременное добавление амисульприда к терапии клозапином (азалептин) приводит к стойкой редукции такого неприятного нежелательного эффекта клозапина, как гиперсаливация. Зачительного числа случаев диабета, связанного с длительной терапией антипсихотиками, можно избежать, переведя больных с лечения оланзапином на прием арипипразола.

Появились данные об эффективности комбинированной терапии нейролептиками. При сочетанном лечении клозапином и рисперидоном (рисполепт) не наблюдалось увеличения массы тела, агранулоцитоза или припадков, клинически значимых изменений в гематологических и биохимических тестах.. При лечении больных обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), крайне трудном, присоединение оланзапина к ингибиторам обратного захвата серотонина привело к успеху. Комбинированное лечение традиционными (галоперидол) и атипичными (рисперидон) антипсихотиками также приводит к лучшим клиническим результатам, повышая его эффективность.

Выявляются и поздние нежелательные эффекты терапии антипсихотиками. Это, прежде всего, агранулоцитоз при приеме клозапина. В качестве факторов риска, помимо принадлежности к афро-карибской популяции, авторы указывают на молодой возраст (риск снижается на 17% с каждым десятилетним прибавлением возраста), а также на изначально низкое число лейкоцитов. Агранулоцитоз (потенциально смертельное состояние) в 80% случаев отмечен в первые 18 нед терапии. Использование атипичных антипсихотиков сопряжено с высоким риском развития метаболического синдрома.

В последнее время много данных о статистически достоверной зависимости между числом принимаемыми нейролептиками и смертностью. Если назначаются антипсихотики, врач, помимо определения уровня артериального давления, должен регулярно контролировать изменение массы тела, измерять объем висцерального жира, делать обмер окружности талии и бедер, а также выявлять возможные проявления диабета. Это надо делать до начала приема антипсихотиков, а затем каждые 3 мес. на протяжении первого года терапии и каждые 6 мес в последующем вне зависимости от наличия или отсутствия у больного нежелательных эффектов. При развитии диабета можно попытаться снизить дозы; следует также рассмотреть вопрос о переводе на другой антипсихотик с меньшим диабетогенным потенциалом. Исключение составляют резистентные к терапии больные шизофренией, которые, в частности, дают положительный ответ только на лечение клозапином. Им приходится назначать противодиабетические препараты и консультировать у эндокринолога. Особой осторожности требует применение полифармации.

Источник: Проф. Н.А.МАЗАЕВА (НЦПЗ), «Психиатрия и психофармакотерапия», том 8, № 5, 2006.

Частичные агонисты дофамина - новая группа антипсихотиков

«Частичные агонисты» - это особая группа атипичных антипсихотиков. Эффект частичных агонистов развивается вследствие не блокады, а стабилизации функционального состояния дофаминовой системы в корковой и подкорковой областях мозга без значительной (неспецифической) блокады D2-рецепторов в нигростриальной и тубероинфундибулярной областях. Благодаря этому не развиваются некоторые побочные эффекты (экстрапирамидные и гиперпролактинемия). К ним относятся два новых препарата – арипипразол (абилифай) и бифепрунокс. (разработанный компаниями Солвей Фармасьютикалс и Лундбек А/С). Доклинические исследования показали, что препарат является атипичным антипсихотиком с фармакологическим профилем, сходным с арипипразолом.

Источник: Журнал «Терапия психических расстройств» №2-2006

Числятся ли препараты Коаксил и Залдиар в списках учетных и каков порядок их реализации из аптечной сети?

Комбинированный препарат Залдиар, в состав которого входят Трамадол 37,5 мг и Парацетамол 325 мг, и препарат Коаксил (Тианептин) не числятся в «Перечне наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации», утвержденном постановлением Правительства РФ N 681 от 30 июня 1998 г., в Номенклатуре, утвержденной постановлением Правительства РФ N 930 от 3 августа 1996 г. и в действующих в настоящее время Списках сильнодействующих и ядовитых веществ ПККН. Данные о противоправных действиях, связанных с препаратами Залдиар и Коаксил, и злоупотреблении ими до настоящего времени в адрес ПККН не поступали. Анализ поступивших в ПККН медицинских карт показал, что до настоящего времени Комитет не получал информации о больных, злоупотребляющих препаратами Залдиар и Коаксил. Вопрос о рецептурном отпуске этих препаратов и о характере рецептов решается Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Учитывая, что ряд аптек неограниченно отпускал эти препараты, Минздравсоцразвития России издал приказ N 703 от 13 октября 2006 г., согласно которому препараты Залдиар и Коаксил включены в «Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету». При этом рецепт должен оставаться в аптеке для того, чтобы ограничить их отпуск в одни руки. В Инструкции по применению этих препаратов указано, что препараты отпускаются по рецепту врача. ПККН считает это правильным, так как бесконтрольное их применение может скомпрометировать препарат. Вопрос о снятии болевого синдрома разной этиологии весьма актуален и препарат Залдиар среди неконтролируемых препаратов занял должное место. Такой вариант учета не ограничивает врача в получении необходимого количества специальных рецептурных бланков и не предусматривает получения специальной лицензии, в том числе лицензии на право осуществления ввоза и вывоза препаратов Коаксил и Залдиар. Председатель ПККН, д.м.н., проф., академик Э.А.БАБАЯН. 28.11.2006 (Консультант-плюс).

Как лечить подростков?

Пубертатный возраст в некоторой степени предопределяет повышенную чувствительность к лекарственным воздействиям. Кроме того, и сами подростками, и их родители часто настроены негативно и даже негативно относятся к лечению психотропными препаратами. Поэтому применять надо те лекарства, которые не только эффективны, но и хорошо переносятся. Оправдано использование серотонинергических тимоаналептиков. По опыту НИЦПЗ РАМН (Н.Е. Кравченко) одним из таких препаратов является разрешенный для применения у детей и подростков сертралин (золофт, стимулотон, асентра, серената). Положительный эффект его применения проявляется уже на первой неделе лечения. Поддерживающая терапия меньшими дозами длится три месяца после редуцирования аффективных расстройств. Антидепрессивный эффект устойчив. Прием сертралина можно сочетать с фенибутом и витаминами.

Источник: Журнал «Терапия психических расстройств» №2-2006.

Учимся думать: семинар по психофармакотерапии в ЦМОКПБ

В ЦМОКПБ продолжает работу семинар для врачей, посвященный вопросам современной психофармакотерапии психозов. Семинар проводят зав. лабораторией психофармакологии НЦПЗ РАМН доктор медицинских наук М.А.Морозова и старший научный сотрудник этой лаборатории, канд.мед.наук А.Г.Бениашвили. На февральском семинаре был поднят вопрос о том, почему наши знания о клинических синдромах не очень полезны нам при выборе терапии.

Почему наши знания о клинических синдромах не очень помогают нам при выборе терапии? По каким признакам мы судим, что данный препарат будет эффективнее других? Субъективно у нас есть какие-то предпочтения, но это скорее интуитивный порыв, опирающийся на опыт – свой и коллег, чем четко аргументированная позиция, не допускающая произвольности толкования и легко воспроизводимая другими. На что же опираться, чтобы иметь возможность более или менее внятно подбирать терапию или вообще строить психофармакологическую стратегию? Здесь наибольшее значение имеет концепция синдромов-мишеней.

Проблема, однако, в том, что известные нам сегодня симптомы и синдромы пришли из дофармакологического периода психиатрии. А тогда симптомы и синдромы выделяли и описывали не с целью подчеркнуть их предпочтительность для не того или иного вида лечения, а лишь для того, чтобы уметь отличить один феномен от другого. И здесь надо сказать, что в психиатрии диагностический процесс качественно отличается от такого же процесса в любой другой клинической медицинской дисциплине. Казалось бы, и в общей медицине, и в психиатрии клиническая диагностика сегодня основана на клинике. Но описание психиатрических симптомов существенно отличается от описания проявлений соматических заболеваний.

В общей медицине описывают внешние проявления болезни и результаты инструментальных и лабораторных исследований. В психиатрии же этого практически нет. В большинстве случаев психиатр, описывая болезнь, по-существу фиксирует свое собственное восприятие (ощущение) болезни пациента, возникающее во взаимодействии с ним. Например, все признаки так называемого эмоционального оскудения или дефицита спонтанности строятся на том, что врач пытается сопоставить поведение пациента со своим собственным, экспрессию пациента соотнести с собственной экспрессией.

Здесь остро стоит проблема субъективного, проблема «вчувствования», как говорили немецкие психиатры, проблема эмпатии, как это звучит сегодня. И это проблема прежде всего ресурсов самого психиатра. Вот почему оценка состояния больного у нас очень субъективна. Для одного психиатра проявления эмоциональности выглядят очень скудными, для другого – не скудными, а просто сдержанными. Для одного человек выглядит скованным, для другого – пустым. Такой разницей в клинической квалификации – сплошь и рядом. А это приводит к тому, что наш клинический диагноз оказывается основанным скорее на некоем субъективном клиническом впечатлении, которое остается у психиатра от встречи с пациентом, чем на объективной картине патологии. И на этой зыбкой почве еще и дискуссии идут, споры. А к терапии эти клинические конструкты не имеют никакого отношения в принципе. Некоторые из них, правда, имеют отношение к течению и синдромокинезу, но и то далеко не все, лишь некоторые.

Таким образом, психофармакологи оказались в некоей серой зоне, в которой им надо было допустить, что все те симптомы и синдромы, которые были выделены только для того, чтобы отделить одно состояние от другого, якобы являются элементарными единицами действия психотропных препаратов. Это было смелое допущение. Практика показала, что некоторые из этих предположений оказались верными. Но только некоторые. И попадание в цель было, скорее всего, случайным. Давайте посмотрим, как это происходит у наших коллег в других отраслях медицины. Там никто не адресует препарат к красноте глаз при лихорадке, а

адресует препарат к воспалительному процессу, который требует назначения противовоспалительных средств или антибиотиков. То есть так или иначе, мишень дает представление о патогенезе, о том, что же реально происходит в организме за той или иной внешней клинической картиной. Никогда препарат не адресуется прямо к клиническому признаку. И это соответствует принципу «равное к равному», биология к биологии. Препарат (химическая структура) адресуется к патологии (биохимический процесс). Но когда психиатр адресует антипсихотик, предположим, к бреду, то следует допустить, что бред – это биологическая мишень. Или, по крайней мере, мы должны сказать, что бредовые конструкты прямо происходят из некоторого мозгового процесса, мозгового состояния. Но ведь это не так. И тогда встает вопрос о том, какое отношение наши симптомы и синдромы в действительности имеют к субстрату, на который воздействует препарат. А это отношение может быть или никаким, или очень опосредованным.

Так возникает сомнение в правомерности самого существования в психиатрии синдромов-мишеней. Это, кстати, понимал и Ясперс. Он знал, что дифференцированные симптомы, по которым мы квалифицируем состояние, на самом деле не соответствуют в той же мере дифференцированной мозговой патологии. Возьмем, например, бредовое восприятие и комментирующий диалог. В равной ли степени эти два феномена близки к субстрату? Бредовое восприятие ближе всего прилегает к каким-то перцептивным нарушениям. А комментирующие галлюцинации? – трудно и думать, что лежит в основе этих нарушений. Концепция симптома-мишени говорит о том, что разные симптомы и синдромы отражают разное функциональное состояние мозга. Но и тут – сомнения. Одними только симптомами и синдромами психику человека описать невозможно.

Есть много других психических сущностей, которые, кощунственно сказать, никак не находят отражения в позитивных и негативных симптомах при шизофрении. Концепция синдрома-мишени полезна лишь в остром состоянии, когда психическая жизнь человека целиком заполнена болезненными переживаниями. И нам ясно, что должен здесь делать препарат – устранять дезорганизацию и обеспечить нам контроль над ситуацией. А вот при хронических расстройствах ситуация иная. К примеру, отнять у человека галлюцинации – это не всегда облегчить его состояние. После резкого обрыва галлюцинаторного состояния пациент может ощущать чувство какой-то отчаянной пустоты. Есть галлюцинации, без которых некоторые психотики вообще не могут существовать, потому что они носят качества регуляции очень специфичной для шизофрении психической жизни. Это некоторые тайные друзья пациентов. Такие феномены уже нельзя называть собственно галлюцинациями, но они в то же самое время имеют все необходимые признаки галлюцинаторного феномена. И в этом смысле просто устранить такой симптом – это не значит помочь больному. Поэтому контроль лекарствами не всегда, мягко говоря, эмпатичен. Когда мы у одного больного с помощью атипиков уменьшили интенсивность галлюцинаций, мы получили жалобу на невыносимое для него ощущение, что голова пуста. Это ощущение пустой головы было для него настолько непереносимо, что он просил вернуть ему прежнее состояние, пусть что-нибудь другое, пусть лучше даже галлюцинации, пусть даже унижение, но не это ощущение пустой головы. Нередко галлюцинации у человека начинают жить совершенно обособленной жизнью. Например, голос есть, но он мне не мешает, это меня не пугает. Лечить такого пациента от галлюцинаций совершенно бессмысленно. По-видимому, есть такие феномены, которые лекарствами лучше не трогать. Эти явления в большей мере признак дефекта, чем признак психоза.

Надо уберечь себя от обсессивного зуда контролировать все симптомы. Не всегда они являются признаками страдания человека. Это позволяет по-новому строить диалог с пациентом, выясняя, чем мы можем быть полезны ему лично, а не персоналу или родственникам. Итак, можем ли мы оставаться в рамках концепции синдромов-мишеней? Возникает крамольная идея – нет, нельзя, потому что в рамках этой концепции в психиатрии невозможно что-либо доказать. Можно договориться. Или подчиниться авторитету. А вот

доказать – не удастся. И система доказательной медицины тут не поможет. Хорошо, что это осознается врачами и растет волна недовольства с их стороны. Ведь врачи интересуются одним: этот препарат поможет или не поможет больному. Радует, что уже появились исследования, которые пытаются прогнозировать эффект не по мифическому синдрому, а в зависимости от свойств характера пациента, живущего с симптомом или с синдромом. Об этом – на следующих семинарах.

Редакция будет знакомить читателей с идеями и фактами с этого семинара.

КЕППРА - более 1 000 000 пациентов получают Кеппру в течение одного года и дольше
С 2004 года российским пациентам доступна КЕППРА (Леветирацетам) – новый противоэпилептический препарат, отличающийся по структуре и механизму действия от других противосудорожных средств. Помимо высокой эффективности Кеппра имеет и другие преимущества для использования в лечении эпилепсии - низкий потенциал лекарственных взаимодействий; отсутствие влияния на печёночный метаболизм; минимальные побочные эффекты; отсутствие когнитивных нарушений.

Леветирацетам (S – этил –2-оксо-пирролидин-ацетамид) по химической структуре подобен пирацетаму. Его химическая структура отлична от существующих АЭП. Точный механизм противосудорожного действия леветирацетама неизвестен. Предполагается взаимодействие с белком синаптических везикул SV2A. И, несмотря, на неэффективность в острых моделях приступа, леветирацетам показал высокую противосудорожную активность в генетических и хронических моделях приступов. Кеппра (леветирацетам) обладает не только противосудорожной активностью но и предотвращает прогрессирование эпилепсии. Ранние исследования показали эффективность леветирацетама при миоклонической и генерализованной эпилептической активности у пациентов с фотосенситивной эпилепсией. Последние исследования показали эффективность в постаноксических и постэнцефалитических миоклониях. Очевидно, что Кеппра (леветирацетам) не затрагивает нормальную синаптическую передачу. Однако, он подавляет эпилептиформные нейрональные вспышки, индуцированные ГАМ-антагонистом бикикулином, и возбуждение глутаматных рецепторов (НМДА). Это показывает, что леветирацетам эффективен в условиях ненормальных нейрональных разрядов. Результаты изучения *in vitro* показали, что леветирацетам подавляет нейрональную синхронизацию в нейронах гиппокампа.

Фармакокинетика. Большинство АЭП обладают фармакокинетикой, которая далека от идеальной. Многие имеют высокую степень связывания с белками, или подвергаются высокому метаболизму в печени. В клинической практике это вызывает проблему лекарственных взаимодействий, ингибирования или индукции печёночных ферментов. Некоторые АЭП обладают нелинейной фармакокинетикой вследствие абсорбции, связывания с белками и метаболизма. Это результат значительной вариабельности необходимых доз и уменьшает возможность прогнозировать эффект от увеличения дозы в процессе титрации. Другая проблема возникает при применении препаратов, подвергающихся быстрой элиминации. Это влечёт за собой увеличение кратности приёма и уменьшает действенность препарата. Кеппра не имеет большинства указанных ограничений. Это показывает линейная фармакокинетика после назначения клинически используемых дозировок. Кроме того отмечена минимальная вариабельность фармакокинетики леветирацетама.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Кеппра не стимулирует и не ингибирует печёночные ферменты. Менее чем на 10% связывается с белками плазмы. Выделяется с мочой (70%) в неизменённом виде или в виде неактивных метаболитов. В исследованиях, где леветирацетам был добавлен к другим АЭП (карбамазепину, габапентину, ламотриджину, фенobarбиталу, примидону и вальпроатам) не отмечено никаких лекарственных взаимодействий. Результаты других клинических исследований где леветирацетам применялся вместе с дигоксином, оральными контрацептивами, варфарином,

показали, что фармакокинетика любого лекарственного средства оставалась неизменной. Т.о. риск лекарственных взаимодействий леветирацетама минимален.

Рекомендуемые дозировки. Взрослым рекомендуется начинать приём с 500 мг леветирацетама 2 раза в день, независимо от приёма пищи. Это свойство очень важно для пациентов нуждающихся в быстром достижении терапевтических дозировок, например при тяжёлых и частых неконтролируемых приступах. У пациентов не отвечающих на данную дозировку доза может быть увеличена на 1000 мг каждые 2 недели до достижения дозы 3000 мг в сутки назначаемой в два приёма. Имеются предварительные данные об применении дозировок свыше 3000 мг/сутки. Однако применение таких доз допустимо только у рефрактерных пациентов. Не смотря на то что стартовая доза леветирацетама 1000 мг/сутки, некоторые клиницисты предпочитают начинать с 500 мг/сутки в два приёма, увеличивая на 500 мг каждую 1-2 недели особенно у пациентов, получающих несколько АЭП с седативным эффектом. Поскольку не отмечено никаких взаимосвязей между концентрацией леветирацетама и эффективностью, не показано определение его уровня в сыворотке крови. Для пожилых пациентов с почечной недостаточностью дозировки должны быть ниже, и назначаться с учётом клиренса креатинина. Не требуется снижения дозировок пациентам с печёночной дисфункцией. Кеппра выпускается в дозировке 250, 500 и 1000 мг. Эти таблетки могут быть измельчены и смешаны с едой или введены при помощи назогастрального зонда, пациентам неспособным глотать целые таблетки. Следует учитывать, что порошок имеет горький вкус.

Влияние леветирацетама на качество жизни. При использовании Кеппры американские исследователи (J. Cramer) отметили улучшение когнитивных функций и качества жизни в общем у пациентов с эпилепсией.

Место в терапии. Выполнены множества мета-исследований новейших АЭП как дополнительной терапии в рандомизированных клинических испытаниях. В этих исследованиях сравнивалась эффективность препарата и плацебо. Результаты этих исследований указывают, что все новейшие АЭП более эффективны в сравнении с плацебо. По предварительным сведениям зарегистрирована большая эффективность леветирацетама в сравнении с другими АЭП. Имеющиеся литературные данные свидетельствуют об эффективности леветирацетама для пациентов с парциальными и генерализованными приступами. Необычный механизм действия леветирацетама делает его эффективным в добавочной терапии труднокурабельных форм, резистентных к традиционному лечению. Фармакокинетические характеристики (хорошая биодоступность, линейная фармакокинетика, низкий уровень связывания с белками /менее 10%/ , отсутствие трансформации в печени, быстрое достижение равновесных концентраций, низкий потенциал лекарственных взаимодействий, делают этот АЭП идеальным для пациентов с печёночной недостаточностью или для пациентов не отвечающих на обычную терапию. Имеются сведения о несколько большей эффективности и лучшей переносимости леветирацетама в сравнении с имеющимися АЭП. Рекомендуемые стартовые дозировки для взрослых 1000 мг/сутки и 20 мг/кг/сутки для детей, являются клинически эффективными, поэтому следует ожидать эффекта от лечения вскоре после назначения леветирацетама. Более низкие стартовые дозировки допустимы только в случае имеющегося выраженного седативного эффекта от проводимой противосудорожной терапии. Наиболее частые побочные эффекты – сонливость, астения, головокружение.

В заключение приведём слова В. В. Калинин, руководителя отдела Эпилептологии и органических нарушений НИИ психиатрии: «... необходимо еще раз подчеркнуть, что леветирацетам является принципиально новым препаратом противосудорожного действия, с до конца еще не изученным механизмом. Возможно, что именно неизученная сторона его действия и обуславливает его эффективность при лечении эпилепсии с явлениями резистентности к АЭП предшествующих поколений». (В. В. Калинин, 2007)

Новости науки - новое о болезни Альцгеймера

Врачи впервые увидели, как развивается болезнь Альцгеймера

Шведским медикам впервые удалось увидеть мозг человека на различных стадиях болезни Альцгеймера, сообщает BBC News. Больным и здоровым людям, которые участвовали в эксперименте, вводили специальное вещество, которое соединялось с бета-амилоидом и делало его видимым при томографическом исследовании. Те зоны, в которых происходит накопление бета-амилоида, начинали светиться. Благодаря новой методике, как отмечают исследователи, можно диагностировать болезнь Альцгеймера на ранней стадии и разобраться в других причинах старческого слабоумия. Однако позитронно-эмиссионная томография, что использовалась в этих исследованиях, пока слишком дорога, чтобы применяться в обычной клинической практике.

Источник: medportal.ru

Японские исследователи приблизились к созданию вакцины от болезни Альцгеймера

Генетики Токийского университета сообщили о крупном успехе в экспериментах, направленных на создание вакцины от болезни Альцгеймера. Главная причина болезни - белок бета-амилоид, который накапливается в виде бляшек в тканях мозга. Делались попытки изготовить вакцину против этого белка. Однако, как показали клинические испытания, ее инъекции небезопасны. Были случаи, когда после них пациенты заболевали менингитом. Японские исследователи предложили «пищевой» путь введения бета-амилоида в организм. В качестве носителя был выбран генетически модифицированный зеленый перец. Ученые снабдили его геном, который обуславливает выработку необходимого белка. Действие генетически модифицированного перца, как вакцины от болезни Альцгеймера, японские исследователи уже испытали на мышах. В результате количество амилоидных бляшек в головном мозге сократилось наполовину. Если эффективность нового метода подтвердится, можно будет производить «съедобную вакцину» для людей.

Источник: «Наука и жизнь»2006, № 9

Обнаружены белки, предотвращающие болезнь Альцгеймера

Американскими учеными из Института биологических исследований Салка (Калифорния) было установлено, что замедление образования скоплений бета-амилоида связано с деятельностью двух белков: HSF-1 и DAF-16. Первый из них разрушает бета-амилоид, тогда как второй переводит уже образовавшиеся его скопления в менее токсичное состояние.

Источник: medportal.ru

Американцы научились выявлять болезнь Альцгеймера на ранних стадиях

По данным специалистов из Института Нейрологии Рокфеллера, болезнь Альцгеймера приводит к изменению свойств энзима под названием MAP-киназа Erk 1/2. Проведенные исследователями тесты позволили отличить образцы тканей пациентов с болезнью Альцгеймера от тканей здоровых людей, а также от тканей больных с болезнью Паркинсона и Хореей Гентингтона. Основным достоинством нового метода является его способность точно диагностировать болезнь Альцгеймера на ранних стадиях ее развития, что может значительно повысить эффективность существующих сейчас методов медикаментозного лечения.

Источник: medportal.ru

Снижение уровня холестерина – ранний признак болезни Альцгеймера

Согласно данным, полученным учеными из Великобритании, снижение уровня общего холестерина может предвещать возникновение деменции в ближайшие 15 лет. Robert Stewart и его коллеги из King's College (Лондон) считают, что снижение уровня холестерина указывает на риск развития деменции, а не приводит к деменции само по себе.

Источник: medlinks.ru

Компьютерные игры предохраняют от слабоумия

В Японии, население которой стремительно стареет, все больше интереса вызывают компьютерные игры, помогающие сохранить ясность ума и жизненную активность. В Токио уже организованы специальные классы игр для людей старше 40 лет. Их учат, как пользоваться игрой, позволяющей проверить математические способности.

Источник: medlinks.ru

Новое средство от болезни Альцгеймера

В Австралии прошли успешные испытания нового препарата для лечения болезни Альцгеймера. Препарат под названием PBT2 препятствует накоплению в головном мозге амилоида – белка, играющего важную роль в развитии болезни Альцгеймера. Руководитель исследования Эшли Буш (Ashley Bush) и его коллеги выяснили, что при однократном введении PBT2 уровень амилоида снижался на 60% в течение 24 часов. Как показали эксперименты, при оценке пространственной памяти у мышей австралийские ученые выявили, что в течение пяти дней после употребления лекарства животные заметно быстрее использовали лабиринт, часть которого была затоплена водой. Для успешного прохождения лабиринта животные должны были запомнить место расположения затопленного участка. В последующем ученые собираются начать испытания PBT2 на людях, а в будущем году планируется проведение большого международного клинического исследования. В случае успешного завершения испытаний препарат может быть запущен в производство в ближайшие четыре года, считают авторы исследования.

Источник: medlinks.ru

Апоптоз – важная для организма программа

Апоптоз (программируемая самоликвидация клеток) от обычной их гибели отличается тем, что клетка умирает аккуратно, не загрязняя вокруг себя среду, не выбрасывая из себя содержимое. Этот процесс не сопровождается воспалительными реакциями. Такая программа «самоубийства» клетки запускается до того, как появившиеся отклонения в функционировании сами по себе станут несовместимыми с жизнью организма. Ученые НИИ физико-химической биологии им. А.Н.Белозерского обнаружили, что апоптоз одной клетки влечет за собой апоптоз и соседних, как будто они получают «приказ» о самоубийстве. Академик В.Скулачев предположил, что сигналом к массовому самоубийству клеток служит перекись водорода, которая образуется в митохондриях апоптозных клеток. Она легко проникает через мембраны внутрь здоровых клеток. Выброс перекиси предотвращают специфические антиоксиданты, накапливающиеся в митохондриях. Оказалось, что эти антиоксиданты позволяют прекратить работу межклеточной «рации», транслирующей смертоносные сигналы.

Сбой в программе апоптоза может привести к различным видам патологии. Так, подавление апоптоза является одной из важнейших предпосылок для развития раковых заболеваний. Если апоптоз, наоборот, протекает избыточно, то это становится причиной церебральных атрофий, инфарктов и инсультов. Например, при локальной ишемии клетки поражаются сначала в очень маленьком очаге, но затем вокруг такого очага начинают возникать большие зоны погибших клеток, которые не получили никакого смертельного повреждения. Уже несколько лет идет активный поиск новых эффективных антиоксидантов, способных блокировать апоптоз. Задача состоит в том, чтобы разработать такие вещества, которые

«целились» бы исключительно в митохондрии. Есть успехи. Созданы молекулы, эффективно накапливающиеся в митохондриях и являющиеся хорошими блокаторами апоптоза. Оказалось, что специальные антиоксиданты действуют таким образом, что в их присутствии даже погибающие поврежденные клетки перестают подавать своим соседям сигналы о «самоубийстве». Возможно, если вовремя ввести такие лекарства, удастся остановить или затормозить развитие волны вторичной гибели клеток. Проект по разработке новых эффективных антиоксидантов уже дал очень важные и обнадеживающие результаты. Источник: Медицинская газета, 2006 год, № 56, 28 июля 2006 г.

Если хочешь быть умным...

Австралийские ученые на основании данных изучения 30 тыс. людей установили некоторые особенности человеческого поведения, которые оказывают воздействие на человеческую память. Оказалось, что для развития интеллекта надо: перестать смотреть телевизор, именуемый телевизором, решать кроссворды, изучить не менее двух иностранных языков (это усиливает кровоснабжение речевого центра мозга), регулярно следить за новостями в мире и есть побольше рыбы. (Для развития мозга крайне полезно еще и читать хорошие газеты, такие, как наша – «Московская областная психиатрическая» - Ред.).

Источник: utro.ru

Юбилеи

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

Юбилярам:

Пусть счастье вас не покидает,
здоровья пусть не убывает.
Прекрасных, светлых, мирных дней
Желаем вам в ваш юбилей.

Юбиляры февраля

Чуть больше 25 лет со дня рождения

12 февраля – Лидия Александровна ГИРИНА – врач-психиатр поликлиники ЦГБ г. Жуковский;

21 февраля – Зинаида Антоновна САВИЦКАЯ – зав. отделением областной психиатрической больницы им. Яковенко.

65 лет со дня рождения

17 февраля – Раис Рамазанович ХАКИМЗЯНОВ – зав. отделением психиатрической больницы № 28 (г. Кашира), врач высшей категории.

Юбилеи предстоящие

4 марта – Водовозова Наталья Львовна – клинический психолог стационара ЦМОКПБ;

7 марта – Горбась Анатолий Тарасович – зав.отделением Домодедовской психиатрической больницы;

9 марта – Поляничко Александр Павлович – врач психиатр-нарколог Рузской психиатрической больницы № 4; 9 марта – Самолетова Наталья Александровна – врач-психиатр Солнечногорского психоневрологического отделения.

14 марта – Шарый Георгий Дмитриевич – психиатр поликлиники ЦГБ г. Жуковский;

17 марта – Веселова Людмила Дмитриевна – врач психиатр-нарколог областной психиатрической больницы № 23 (Наро-Фоминск).

Уголок юбиляра

Юбилейная хандра – откуда она?

Юбиляру не всегда весело. Иногда даже тоскливо. «Я стараюсь радоваться, как все обычные люди, но сердце не на месте. Я режу салаты на автопилоте. И на самом деле мне ничего не хочется. Если честно, я жду, когда же кончатся эти несчастные праздники. И кто их придумал на мою бедную голову?» Подобная праздничная хандра — форма преходящей юбилейной депрессии. Что с этим делать? Сначала спросите себя: чего вы боитесь, что вы ненавидите больше всего в предстоящем празднике? Это гости, суета, мельканье лиц, или последующая уборка? Вот когда найдете это зло, выразите свои чувства. Выговорите их, но когда никто вас не слышит; напишите в виде письма, которое вы не будете отправлять и т.п.). Если вы при этом как следует рассердитесь — отлично! Это мобилизует силы. И после этого - действуйте! А что же делать? Прежде всего, не противьтесь биологии праздника. Вся его суть в том, чтобы выпить и закусить – вкусно и в хорошей компании. Но пейте и закусывайте не торопясь — небольшими глотками, маленькими кусочками. А на белковую пищу (рыбу, мясо) можно и налечь, она придаст нам бодрости. Овощи и фрукты тоже не повредят.

Второй совет: заранее просчитав расходы, решительно упростите финансовую составляющую торжества. Часто на праздник уходит несколько ваших зарплат. Хотя через месяц никто и не вспомнит, что он ел у вас: копченого угря с омлетом из перепелиных яиц или блины с черной икрой. Третий совет: вложите в подготовку немного творчества. Переставьте мебель, придумайте интересную для всех игру, просто будьте внимательны к гостям — это запомнится надолго. В самом деле, гвоздь праздника — это общение. Все остальное просто гарнир. Если вы оказались в роли хозяйки — не стесняйтесь просить о помощи. Нередко другие сделают в чужом доме с удовольствием то, что для вас является головной болью. А на счастливую хозяйку смотреть гораздо приятнее, чем на замотанную и переутомленную.

И, наконец, заранее включите в свои планы праздник после праздника: активный отдых, особенно на следующий день после праздничного переедания: прогулку, лыжи, спортивный зал. Даже если вам будет трудно выдернуть себя из дома. Вплоть до поездки на тихую зимнюю дачу или в незнакомый город без гостей и подарков. Но самая глубокая причина праздничной хандры — наши тайные чувства. Праздник оживляет прошлые воспоминания — и не всегда дарит волшебство. Что же делать? Прежде всего, дайте себе право грустить, когда вам грустит. Как ни странно, такая установка помогает и веселиться тоже. И лучше заранее: вспомните потери, поплачьте в подушку, переживите во всей полноте обиды и разлуки. Не носите в себе ваши чувства. И тогда поймете, что праздник — это хорошо. Он нам нужен. Это обновление. Это возможность расслабиться, выйти из привычной колеи, посмотреть на рутину со стороны, повеселиться, повалить дурака, оставив в покое прошлое. Это главное лекарство от праздничной тоски.

Источник: news. allcrimea.net

Литературный уголок

ПЕРЕКЛИЧКА ПОКОЛЕНИЙ	
Антон ОЛЕЙНИКОВ Первое дежурство	Валентин ТУНЕВ Далеко не первое дежурство

<p>В волнении все чувства. – А что же вам мерещится? Открыл в приемном дверь – Я свой задал вопрос. На первое дежурство «Ах, доктор, как же можно? Я заступил теперь. Кругом ведь пауки И мысли появляются: И паутину тоже Кого же привезут? Пора здесь подмести». Кому судьба отмерила И в тот же миг «красавица» В Курилово маршрут? Запрыгнула на стул. - «Больные, не стесняйтесь, «Теперь уж не дотянешься, Я вас принять готов. Противный тарантул». Ведь этой ночью буду Ее еще внимательно Один из докторов». Я слушал полчаса. Но чу, шаги уж слышатся, Подписку взял, и тихо Раздался в дверцу стук Сказал, глядя в глаза: И фельдшер появляется: Пойдемте в отделение, - примите, видно «глюк». Вам нужно отдохнуть». С ним рядом стоит женщина, Она слегка подумала Крутя виток волос. И тронулася в путь...</p>	<p>Опять мое дежурство... В приемном отделении Я открываю дверь. Вхожу я на крыльцо, Врачебное искусство И вижу в опьянении Подвластно мне теперь. Знакомое лицо. Любое «психобуйство» Он дышит перегаром Купирую тотчас. Как дымом паровоз, А главное искусство - И на клиенте старом Не получить меж глаз. Выраженья «SOS». И вот в свое дежурство - Ну что? Опять заглокал? Иду я на обход. Я в лоб задал вопрос. Копейку добавляю А тот упал за угол. В свой месячный доход. - Вопрос не перенес. Я весь мобилизован, Я строг, как никогда. <i>Антон Николаевич Олейников – главный врач</i> Но в чувствах я раскован – <i>областной психиатрической больницы</i> Не зря прошли года. № 17 (Подольский район, п. Курилово).. <i>Валентин Моисеевич Тунев - заместитель главного врача той же больницы.</i></p>
---	--