



Московская областная ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

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

№ 1 (38) январь - февраль 2008 г.

Новости

Уж двадцать лет их учат, учат... И не напрасно!

Ясное утро февраля 1988 г. Только что появилось на небосклоне редкое зимнее солнышко. И вместе с ним при Раменском областном медицинском училище открылись первые в нашей области курсы повышения квалификации медицинских сестер, работающих в психиатрии. Базой для них стали две больницы: ЦМОКПБ и больница имени Яковенко. Начинать было трудно, не было ни программ, ни руководств, но были специалисты с большим опытом практической работы и пониманием того, каких знаний и навыков недостает психиатрическим медицинским сестрам. Педагогический опыт нарабатывался. Была создана специальная программа обучения, утвержденная Минздравом РФ и Всероссийским учебно-методическим центром. Для медсестер, работающих в психиатрии, подготовлено учебно-методическое пособие, составлены тесты, специальные задачи для самоконтроля и для экзаменационных испытаний. Подготовка медсестер не ограничивалась узкими рамками специальности: много внимания уделялось развитию общей культуры курсантов. С ними проводился разбор литературных художественных произведений, анализировались характеры и переживания героев, описанные у них психопатологические феномены. У курсантов вырабатывалось умение творчески решать сложные психологические проблемы и в жизни, и на работе. Все это рождает у живой интерес к получению знаний, расширяет их кругозор. Много нового медсестры узнают и в области общей медицины, в вопросах поддержания самими медиками здорового образа жизни. Высоко оценивая работу курсов, Минздрав Московской области разрешил проводить обучение и по очно-заочной программе, что позволяет повышать квалификацию без отрыва от работы. Стали проводиться и выездные циклы обучения в отдаленных районах области. Сейчас в нашей области ежегодно обучается от 250 до 290 медицинских сестер. 80% средних медработников имеют сертификаты. Многие прошли аттестацию - 44% имеют высшую категорию, 23% - первую. Полученные знания и навыки успешно применяются в работе. Л.Г.Рослова

От редакции: Лариса Геннадьевна Рослова, врач-психиатр высшей категории, - постоянный куратор, организатор и педагог на курсах повышения квалификации медсестер нашей области — со времени их создания.



Преподаватели курсов: сидят: С.И.Поддубная, Л.Г.Рослова, В.И.Поддубный. Стоят: В.В.Грибков, Е.В.Новицкий, А.А.Прокопочкин, Н.С.Шатунова, Т.Г.Готовцева. Фото В.Грибкова

Почему Вы работаете врачом?

В МедРунете (медицинский русскоязычный интернет) посетителям сайта был задан вопрос «Почему Вы работаете врачом?» Ответили так: Из любви к профессии 65.79 % (1304 чел.); Чтобы лечиться самому 3.58 % (71 чел.); Что бы лечить родственников 3.78 % (75 чел.); Из - за денег (хорошо зарабатываю) 4.94 % (98); Ничего другого не умею 21.90 % (434 чел.). Всего в опросе приняло участие 1982 чел. В одном из комментариев к опросу сказано: «К сожалению, мы столько времени потратили на приобретение профессии, что ничего другого не умеем... Но у нас (врачей) есть очень хороший, но, к сожалению, невостребованный навык - навык работы с людьми. Многие из врачей могли бы стать прекрасными руководителями, но это никому не надо. А нами руководят тупые номенклатурщики. Вы пробовали куда-нибудь продвинуться? Подвинуть новую идею? Новую форму работы? Тут же получите по шапке. Сиди, не высовывайся, работай как все. При этом говорят о проблеме кадров, об отсутствии инициативных руководителей, свежей струи... Чего только не говорят и не только чиновники от медицины». Другой комментарий: «Почему я люблю свою профессию? Придешь утром на работу, а там 40 детей, которые ждут твоей помощи. Какое удовольствие получаешь от того, что можешь им помочь, дать им возможность стать полноценными членами нашего общества. А в ответ заслужить их доверие и любовь. Вот только, черт возьми, государство нас не ценит!». Еще комментарий: «Тот, кто хоть раз буквально вырвет у смерти больного, а я это делал не раз на операционном столе, тот никуда не денется от медицины. Возможно сменит своё место в ней по возрасту, но не уйдёт никуда. А наши ошибки, которые бывают у всех, кто нормально работает, они у нас на висках, в нашей гипертонии, ранних смертях. Короче - За мир, За дружбу, За медицинскую службу, коллеги. И имел я тех, кто платит нам такую зарплату, а из медицины всё равно не уйду». Следующий комментарий: «Я просто плыву по течению, надежд на улучшение дел в здравоохранении давно уже нет, мы нужны только больным людям. Все обещания на увеличение зарплаты, изменение тарифных сеток - для наивных людей». И последний: «Тот, кто хоть раз видел, чувствовал вылеченного своего пациента - тот поймет желание работать и совершенствоваться».

Источник: MedLinks.Ru

В нижегородской психбольнице новогоднюю елку установили на потолке

В дневном стационаре первой Нижегородской психоневрологической больницы новогоднюю елку установили на потолке макушкой вниз, сообщает «Интерфакс». Главный врач больницы Ян Голанд считает, благодаря этому у больных просыпается чувство юмора. Как утверждает доктор, такую елку можно рассматривать как скрытую карикатуру на нашу действительность: психиатры подобным образом показывают властям «фигу в кармане».

Источник: lenta.ru

От редакции: Всем хороша нижегородская елка. Недостает только игрушек. Вот бы подвесить на ней художественные изображения не только традиционных мышек, но и местных психиатров-придумщиков. Тут бы фигу и выскочила у них из кармана и стала бы всем видна и любопытна. И от фигуры бывает польза, когда она не в кармане, а на виду.

Что происходит, когда закрывают психиатрические больницы. Опыт США

Революция в психиатрии, произошедшая в последние десятилетия, привела к закрытию в США многих больших лечебниц и к резкому уменьшению числа стационарных пациентов. В период с 1950 по 2000 годы в США было закрыто 118 из 322 психиатрических больниц. Общее число пациентов сократилось почти в 10 раз. Оказалось, что многие люди, которые ранее были обречены на пожизненную изоляцию, сегодня успешно интегрируются в обществе. Теперь длительное, часто пожизненное пребывание в психиатрической больнице стало фактом истории. Недавно в музее штата Нью-Йорк в Олбани открылась особая выставка. Это двадцать стендов, на которых представлены записи, рисунки, фотографии пациентов психиатрической больницы Вилларда, а также принадлежавшие им вещи. На

момент закрытия в 1995 году в этом огромном государственном госпитале одновременно находились четыре тысячи пациентов. Это был один из самых больших психиатрических стационаров в стране. Случилось так, что рабочие, осуществлявшие разборку имущества больницы, обнаружили чемоданчики с больничным архивом, а также личными вещами пациентов. Им разрешили взять себе на память десять чемоданов, а остальное приказали выбросить. К счастью, приказ этот не выполнили, а все 427 чемоданчиков, найденных на чердаке государственной психиатрической лечебницы» были упакованы и доставлены в музейное хранилище. В музее выставлены истории болезни лечившихся пациентов, реконструированы их жизни и судьбы. Представлены личные вещи больных. На территории бывшего психиатрического госпиталя министерством исправительных учреждений теперь организован центр для лечения наркоманов.

Источник: НОВОЕ РУССКОЕ СЛОВО

Психиатрический диагноз: что важнее: симптом или функция?

Стремление повысить надежность психиатрической диагностики свелось на практике к требованию соблюдения относительно строгих указаний для психиатра, в рамках каких психопатологических феноменов он имеет право на постановку того или иного диагноза. Эти диагностические указания четко очерчены в классификациях - DSM-IV и МКБ-10. Применительно к шизофрении эти классификации дают четкие психопатологические критерии для ее диагностики. Но при этом становятся «второстепенными» целый ряд других расстройств, которые всегда считались характерными для шизофрении. Но обосновать им диагноз шизофрении нельзя, поскольку такие расстройства можно наблюдать и у людей часто практически здоровых, но отличающихся своеобразными свойствами мышления, восприятия, психомоторики, коммуникации и поведения. Эти особенности психики часто относят к симптомам т.н. шизотипического расстройства личности.

Голландский психиатр К. Hummelen из города Апелдоорн считает «незаслуженным» отнесение этих симптомов в разряд «второстепенных» факторов диагностики. Это тот ресурс, который дает возможность пациентам по-своему приспособиться к среде, или, наоборот, декомпенсирует их. В этом смысле гораздо большее значение приобретает оценка таких особенностей психики не как симптомов, а как факторов, обеспечивающих пациентам адаптацию к среде (или дезадаптирующих их). «Я учу молодых ассистентов не держаться только за симптомы» - говорит он. «Дело в том, что слишком большая привязанность врача к симптому лишает его способности увидеть другие факторы, играющие важную роль в психопатологии. Мы вырываем пациента из контекста и довольствуемся проставлением галочек в перечне симптомов». Поэтому в диагностике Hummelen отводит особую роль не описанию симптомов, а исследованию функций, что может сделать психиатрический диагноз действительно надежным. В этом смысле, говоря о «надежности диагноза» Hummelen имеет в виду диагностику степени устойчивости психики к стрессовым воздействиям, без встречи с которыми невозможна жизнь любого человека. «Для повышения надежности диагностики я часто прибегаю к такому диагностическому средству как группа», - рассказывает Hummelen. «Условия группы требуют от пациента адаптации, и при этом легко видны возможные расстройства».

В группе значительно лучше просматриваются риски психологической и даже психотической декомпенсации. В условиях группы быстрее выявляются трудные для диагностики аутистические расстройства. Психиатр при этом занят не инвентаризацией симптомов, а сосредотачивает внимание на том, как пациент функционирует». Важно, что Hummelen использует в своей работе достижения нейробиологии и нейропсихологии. «Теперь от оценки интрапсихических конфликтов мы переходим к оценке роли нейропсихологических функций, таких как планирование и организация собственной деятельности. Житейские или иные социальные обстоятельства способствуют выявлению их расстройств. Поэтому молодые специалисты должны научиться видеть дальше симптома».

Hummelen не одинок в своей критике современных классификации DSM и МКБ. Вместе с Hummelen в Апелдоорне работает другой психиатр (и клинический фармаколог) из Университетского медицинского центра Неймегена Robbert Jan Verkes. «В психиатрии действительно ощущается потребность в функциональном подходе,» -подчеркивает Verkes. – «В качестве инструментов мы используем психологические тесты и параллельно измеряем функционирование головного мозга с помощью ЭЭГ. Таким образом, мы, например, обнаружили, что когда пациенты с пограничным личностным расстройством или СДВГ делают ошибки, то у них меньшая, чем в норме, активность в определенном отделе головного мозга. Им труднее, чем норме, дается «тонкая настройка».

Нечто подобное отмечается у лиц с психозами и у психопатов. Hummelen отмечает, что у больных шизофренией степень функционирования в обществе прогнозируется лучше, исходя из их когнитивных функций, а не на основе присутствия или отсутствия бреда и/или галлюцинаций. Не только правильный диагноз, но и исследование нейропсихологических функций, по мнению Hummelen, помогает определиться с прогнозом и лечением. При этом остается вопрос – можно ли повлиять на конкретное функциональное расстройство, например, с помощью тренинга.

Иногда лучше пытаться найти такое жизненное пространство, в котором бы человек меньше страдал от своего функционального расстройства. Hummelen в этой связи приводит пример пациента с аутизмом, который постоянно вовлекался в супружеские конфликты, которые нарастали и нарастали, и когда ему было рекомендовано построить домик в саду, куда бы он мог удалиться, он нашел покой.

Несмотря на успехи, достигаемые при применении функциональной диагностики, среди психиатров Голландии все же доминирует DSM-мышление. Слишком велико давление доказательной медицины. Но, как отмечает клинический психолог и нейропсихолог Jos Egger: «не все что кажется четким, таковым является. И именно поэтому функциональная диагностика так важна...»

Источник: Psychiatrische diagnose behoeft meer context. - Mednet Magazine, 2007, No. 17 (September), p.14-16.

Новости наркологии

Российские ученые смогли найти новое и эффективное лекарство от похмелья

Еще Петр I приказал включать во все военные обозы с провиантом, которые сопровождали русскую армию в войне со шведами, по несколько бочек рассола. Царь по собственному опыту знал, что рассол эффективен при похмелье. Совсем недавно, опираясь на достижения прошлого, наркологи представили как принципиально новый и совершенный лечебный продукт тот же рассол, получивший новое название - «Гутен морген». Ученые признают, что их продукт все-таки значительно уступает тому рецепту, которым пользовались при дворе Петра I и который оказался утраченным. Тем не менее, исследования, проведенные в наркологических клиниках, смогли доказать, что и сухой рассол является весьма эффективным. Он не только снимает похмелье и подавляет желание повторного приема алкоголя, но и восстанавливает здоровье организма. Наркологами создано и еще одно средство от похмелья - таблетка, содержащая экстракт виноградной лозы. Ее прием позволяет долгое время не трезветь, оставаться в состоянии алкогольного опьянения, и это снижает вероятность посталкогольной интоксикации. По словам создателей, новая таблетка замедляет окисление алкоголя и надолго задерживает его в организме.

Испытания показали, что употребление этого препарата может даже предотвращать появление заболеваний, обусловленных умеренным употреблением алкоголя. В его составе есть кислоты, которые являются естественными антиоксидантами и выводят из организма вредные побочные продукты распада алкоголя, которые ведут к похмелью. Но есть опасность, что новый препарат станет «таблеткой для вечеринок».

Источник: Utro.ua

Рейтинг стран, страдающих от похмелья

Социологическое исследование, проведенное недавно компанией ACNielsen Global On-Line Omnibus, определило, в каких странах население чаще испытывает похмельный синдром. В двадцати странах Европы исследователи задавали респондентам один и тот же вопрос: «Испытывали ли вы похмелье в течение последнего месяца?» Результаты исследования удивили. Оказалось, что наиболее часто от похмелья страдают вовсе не русские, а ирландцы. 36% жителей Ирландии признались, что в течение последнего месяца как минимум один раз «перебирали» и наутро мучились от головной боли. На втором месте с довольно большим отрывом оказалась Финляндия, в которой на похмелье пожаловалось 25% населения. А наши соотечественники заслужили в этом рейтинге лишь третье место – регулярное похмелье испытывают 24% россиян. А четвертое место в европейской десятке досталось чопорным англичанам, среди которых от похмелья ежемесячно страдает 23% населения. И лишь 10% немцев и 8% французов регулярно страдают от похмелья, остальные же уверяют, что и не помнят, когда это было с ними в последний раз.

Источник: www.pr-premier.ru

Новый метод лечения наркозависимости

Наркологическое отделение ГНЦ имени В.П.Сербского и московский Институт поведения сообщили о новой методике устранения наркотического поведения. Об этом сообщил директор Института поведения Антон Николаев. По его информации, работа с наркозависимыми проводится психиатрами-наркологами, и психологами в течение одного месяца. «Этого времени, - говорит Николаев, - вполне достаточно, чтобы избавить человека от наркозависимости». Новый метод лечения основан на учении академика Павлова об условных рефлексах и на работах профессора Юрия Орлова. Метод не связан с применением лекарств или гипноза и показывает необычайно высокие результаты. Наркоман он возвращается в свою обычную среду и не испытывает тяги к употреблению наркотиков.

Источник: Росбалт

Обнаружен ген алкоголизма

Американские ученые обнаружили, что ген Grm7 ведет к тому, что человек будет предрасположен к алкоголизму. Врачи полагают, что лекарства, разработанные для управления генного выражения Grm7 или для модуляции его деятельности, могут стать основой новой терапией алкоголизма.

Источник: MosMedClinic.ru

Алкоголь и слабоумие: есть ли связь?

Исследователи-геронтологи из Университета Бари (Италия), наблюдая в течение трех с половиной лет за группой пожилых итальянцев, пришли к выводу, что одна рюмка в день предохраняет от слабоумия. Как показали некоторые эксперименты, этиловый спирт стимулирует выброс в кровь некоего химического вещества, которое, возможно, улучшает память; кроме того, есть связь между употреблением алкоголя и высоким уровнем «хорошего» холестерина, а следовательно, здоровыми коронарными сосудами; антиоксиданты, содержащиеся в вине могут даже усиливать когнитивные способности. Явной связи между потреблением алкоголя и развитием когнитивного дефицита и слабоумия оказывается, нет (если пить не больше рюмки в день и если рюмка небольшая).

Источник: medlinks.ru

Алкоголикам водка будет продаваться по справке врача

В одном из российских регионов (каком – пока не известно) водка для пациентов с диагнозом «алкоголизм» будет отпускаться по справке из наркологического диспансера. По этой справке поллитровку им можно купить за 20 руб., но не более пяти в месяц. Цена выбрана неслучайно: именно 20 руб. эксперты считают той суммой, которая может заставить зависимых от алкоголя граждан отвернуться от стеклоочистительной жидкости. До сих пор неясно, где будет организована эта продажа – в обычных магазинах (здесь есть опасность, что часть такой водки может быть продана через обычные прилавки), через сеть специализированных точек (но их организации дело долгое и дорогостоящее) или через аптеки (которые не горят желанием видеть в своих стенах алкоголиков). Крупные сетевые магазины за это не возьмутся, поскольку специальные секции для алкоголиков – это удар по имиджу. На это могут пойти небольшие частные либо муниципальные магазины, которые завязаны на госзаказ и господдержку. Частные аптеки тоже не пойдут – возможно, продавать водку обяжут муниципальные. Против идеи продажи водки по справке врача выступил руководитель отдела Московского НИИ психиатрии Александр Немцов. «Алкоголикам вообще ничего не надо продавать – их лечить надо». Кстати, по его мнению, пяти бутылок в месяц алкоголику явно мало: «Разве это утешит? При запое он по две бутылки выпивает – в день».

Источник: Интернет-журнал Point.Ru

Вопрос - ответ

Какими нормативными документами регламентированы организация и оплата дежурств врачей в психиатрическом стационаре? М.И.Шеладев, главный врач ОПБ № 9 (Яхрома)

Циркулярным письмом Министерства здравоохранения, Министерства финансов и Государственного Комитета СССР по труду и социальным вопросам, совместно с Секретариатом ВЦСПС от 4 мая 1990 г. № 01-14/5-24 (оно остается действующим до настоящего времени) установлено, что учреждения здравоохранения, имеющие стационары, относятся к учреждениям с непрерывным режимом работы, медицинская помощь в которых оказывается круглосуточно. Учитывая специфику работы стационара (оказание медицинской помощи в любое время суток и дней недели), для врачей устанавливаются дежурства (работа) в вечернее и ночное время, в воскресные и праздничные дни в соответствии с графиком работы, утверждаемым главным врачом. Несение указанных дежурств является для врача обязательным. Один из элементов трудовых обязанностей, закрепленных в должностной инструкции врача – квалифицированное и своевременное исполнение приказов, распоряжений и поручений руководства учреждения, а также нормативно-правовых актов по своей профессиональной деятельности, соблюдение правил внутреннего распорядка. Дежурства выполняются врачами, в зависимости от нагрузки, в пределах месячной нормы рабочего времени или, с согласия врача, сверх этой нормы. Решение всех вопросов рациональной организации труда врачей, включая их работу в вечернее и ночное время, в воскресные и праздничные дни, возлагается на руководителей учреждений здравоохранения, исходя из конкретных (местных) условий. Им предоставлено право принятия следующих управленческих решений:

1) введения в штатное расписание специальных врачебных должностей для обеспечения круглосуточной помощи. Но действующей номенклатурой должностей не предусмотрена должность «врача-дежуранта». Все дежурные врачи должны занимать должности врачей-специалистов. При этом наименование должности «врач» дополняется наименованием специальности, например «врач-психиатр», или «врач психиатр-нарколог» и т.п. Условия и содержание работы дежурного врача определяются его функциональными обязанностями и правилами внутреннего трудового распорядка. График работы устанавливается администрацией лечебного учреждения и может быть «скользящим». У врачей, работающих

по скользящему графику, дни отдыха могут и не совпадать с воскресным днем. Поэтому работа в воскресные дни (общеустановленные дни отдыха), не превышающая месячную норму рабочего времени, оплачивается в одинарном размере. Но если дежурство осуществляется в воскресный день, и если оно входит в пределы месячной нормы рабочего времени, то за него предоставляется выходной день (отгул) - по графику, в любой день недели.

2) выделения специального фонда оплаты дежурств, выполняемых врачами сверх месячной нормы рабочего времени. При формировании такого фонда заработной платы учитываются все занятые и вакантные должности, а также оплата работы в праздничные дни, оплата работы в которые производится не менее чем в двойном размере.

Кроме того, необходимо предусмотреть дополнительную плату за работу в ночное время (все ночные часы в году с 22 до 6 часов утра), в которое согласно ст. 154 Трудового кодекса каждый час работы оплачивается в повышенном размере по сравнению с работой в нормальных условиях, но не ниже размеров, установленных законами и иными нормативными правовыми актами.

Дежурство сверх месячной нормы рабочего времени в обычные дни недели обычные дни недели обычные дни недели оплачивается в одинарном размере, а в выходные и праздничные дни - в двойном размере. Если дежуривший врач работает по 5-дневному графику работы, его работа в общеустановленные дни отдыха (воскресные дни) оплачивается не менее чем в двойном размере. Дежурства сверх нормы рабочего времени могут осуществляться на основании трудового договора о работе по совместительству или в виде сверхурочной работы с соответствующей оплатой труда. Дежурства врачей оплачиваются исходя из их должностного оклада, то есть из оплаты по ЕТС (исходя из их квалификационной категории) и повышения за работу во вредных и (или) особо опасных условиях труда. Надбавка за стаж непрерывной работы в учреждениях здравоохранения в должностной оклад не включается. в) установления специальных надбавок для врачей, выполняющих дежурства в пределах нормы рабочего времени - в связи с высокой ответственностью работы врача во время дежурства, влекущей большое физическое и эмоциональное напряжение. Надбавки устанавливаются в порядке и размерах, определяемыми нормативными документами, определяющими заработную плату медицинских работников. Конкретные размеры надбавок устанавливаются работодателем с учетом мнения представительного органа работников, коллективным договором, трудовым договором. Надбавки за напряженность в труде производятся за счет общей экономии фонда заработной платы учреждения. За дежурство в ночное время дополнительная оплата устанавливается во всех случаях.

По материалам изданий: Консультант-Плюс; «Советник бухгалтера в здравоохранении», 2006, N 5, 6; «Медицинский вестник», 2007, N 22-23

Дневные стационары. Как должен работать дневной стационар: все дни недели, как в обычном стационаре, или по пятидневке, как в ПНД? А.В.Линденбаум, главный врач психиатрической больницы № 26 (Электросталь)

В соответствии с Порядком организации работы дневного стационара и стационара на дому, утв. Приказом МЗ РФ от 09.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» и приказом МЗ Московской области от 28.12.2006 г. № 491 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях Московской области», медицинская помощь, больным в дневных стационарах организуется руководителем лечебно-профилактического учреждения (по согласованию с муниципальным органом управления здравоохранением). В зависимости от местных условий и применяемых лечебных программ, допускается работа дневного стационара и по пяти, и по шести, и по семидневной рабочей неделе. Длительность лечения больного в дневном стационаре поэтому определяется не количеством койко-дней

от дня поступления до дня выписки, а по фактическим дням оказания ему медицинской помощи. При этом счет ведется, начиная с первого и кончая последним днем обследования и лечения без учета дней отсутствия больного. Записи в истории болезни ведутся за каждый день лечения больного в дневном стационаре. Ежедневный учет больных, находящихся на лечении в дневном стационаре, осуществляется по ф. 007дс/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и мест дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения, стационара на дому».

Утверждены ли показания для лечения больных в дневных стационарах?

Такие показания определены уже упомянутыми приказами «Об организации деятельности дневных стационаров» (МЗ РФ от 09.12.1999 г. № 438 и МЗ МО от 28.12.2006 № 491). Это шизофрения (подострые состояния с неразвернутыми приступами, протекающие с наличием критики к болезненным переживаниям, положительными установками на лечение и положительными социальными установками); биполярное аффективное расстройство (неглубокие депрессивные состояния без выраженной тревоги или значительной заторможенности, гипоманиакальные состояния при относительно упорядоченном поведении); нерезко выраженный нейролептический синдром с отсутствием соматических нарушений; органические (включая сосудистые) заболевания головного мозга с неврозоподобной, астенической, ипохондрической, сенесопатической и нерезко выраженной аффективной симптоматикой; инволюционные психозы с бредом малого размаха, невыраженными депрессивными состояниями без суицидальных тенденций).

Существуют ли нормативные показатели деятельности дневного стационара?
М.С.Радугина, зав. диспансерным отделением психиатрической больницы (г. Владикавказ).

Методическими рекомендациями по расчету статистических показателей здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения, утв. Минздравсоцразвития РФ 24 мая 2005 г. показатели деятельности дневных стационаров не установлены. В психиатрии ранее пользовались методическими рекомендациями Минздрава РСФСР, утв. 30.10.1983 г., предлагавшими три показателя деятельности дневного стационара: обеспеченность населения местами в дневных стационарах, длительность пребывания больного в дневном стационаре, оборот места в дневном стационаре. Однако в настоящее время эти показатели не применяются. В книге И.Я.Гуровича с соавт. «Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006 г.г.)», изданной в 2007 году по данным государственной отчетности, сведения о работе дневных стационаров даны в абсолютных цифрах.

Старение и болезни

Психиатрическая помощь при болезни Альцгеймера: медико-социальные аспекты

Как в настоящее время наилучшим образом организовать помощь больным, страдающим болезнью Альцгеймера? Ведь сейчас накопилось уже много лекарственных препаратов, которые способны успешно помогать при легких и умеренных формах деменции, которые могут замедлять и даже приостанавливать прогрессирование церебрального атрофического процесса. Более того, впечатляющие результаты применения некоторых из них, особенно акатинола-мемантина, продемонстрировали возможности остановки и даже регресса клинической и поведенческой симптоматики не только легкой и умеренной, но и тяжелой форм деменции. Впервые появилась возможность лекарственной терапии этого расстройства, казавшегося до сих пор абсолютно неизлечимым, а больные — обреченными на неизбежную гибель в маразме.

Последние годы развеяли и еще один миф, касающийся этого расстройства. В психиатрии сложились устойчивые представления, что реабилитационные (включая и социально-

реабилитационные) формы помощи при деменциях, связанных с болезнью Альцгеймера, не только не работают, но даже бессмысленны, так как не в силах противостоять напору энергии интеллектуального распада. Однако в условиях, когда в ходе лекарственной терапии темп прогрессирования деменции падает, останавливается или даже обращается вспять, проблема реабилитации становится актуальной и здесь, приобретая специфические формы восстановления прежде всего когнитивных, коммуникативных и поведенческих навыков. Так, прежде считали совершенно безуспешным применение у этих больных каких-либо обучающих программ. Недавно проведенные исследования показали, что пациенты с относительно недалеко продвинувшимся распадом когнитивных функций в состоянии усваивать новую информацию. Значит, их можно научить более или менее успешно «сосуществовать» с их заболеванием и добиться того, чтобы они в той или иной степени стали способными самостоятельно себя обслуживать.

Новые технологии когнитивного тренинга при болезни Альцгеймера оказались весьма эффективными. Демифологизация представлений в этой области поднимает ряд серьезных организационных вопросов: кто, как и где должен заниматься такими больными, чтобы обеспечить им весь комплекс помощи, которую может быть реализована в современных условиях? Сейчас специализированная помощь таким больным обеспечивается лишь на этапе деменции, в основном - в геронтологических отделениях психиатрических больниц. Но таких отделений немного. В общие психиатрические стационары этих больных стараются не принимать. Они попадают туда лишь при невозможности содержания их в домашних условиях из-за опасности поведения (их там, по данным М.Г.Щириной, не более 3-5 процентов).

Психогериатрическая служба, в частности, у нас в Московской области, фактически отсутствует, что, несомненно, негативно сказывается на качестве помощи. Больные попадают к психиатру на поздних этапах заболевания, в состоянии грубой деменции. Сами они к врачу не обращаются, доставить их в диспансер (или в больницу) непросто, да и, как считают в населении, ни к чему: эта патология считается возрастной, фатальной, не поддающейся лечению и требующей только ухода. Кому повезет — получают путевки для пожизненного содержания в психоневрологических интернатах системы социального обеспечения. Но мест там мало. Ждать в очереди иногда приходится до 5 лет. За это время больные погибают дома. Миф о неизлечимости болезни Альцгеймера очень прочен. Он, к сожалению, прочно укоренился в сознании не только населения, но и врачей, в том числе, и у определенной части психиатров. И хуже того — в органах здравоохранения. Это основная причина, по какой масса лиц, страдающих болезнью Альцгеймера, лишена возможности получения полноценной и на сегодня достаточно эффективной психиатрической помощи.

Между тем последнее десятилетие ясно показало, что представления о невозможности оказания медицинской помощи при болезни Альцгеймера (и других деменций Ацгеймеровского типа) не соответствуют реальности. Совсем недавно О.С.Румянцева провела специальное исследование, показав, что лучшие результаты достигаются в условиях ведения этих больных даже не стационара, а в специализированном психогериатрическом кабинете ПНД. Но для оказания достаточно эффективной медикаментозной помощи больным деменцией психиатру нужна специальная подготовка, навыки и умение. Только в психогериатрическом кабинете обеспечивается правильное соотношение лечения, реабилитации и социальной поддержки.

На первых этапах главная роль принадлежит лекарственной терапии. В последующем все большей важной становится социальная помощь. Часто возникает множество вопросов социального и юридического характера, и в специализированном кабинете они находят грамотное и адекватное решение. В условиях общепсихиатрического кабинета ничего подобного не происходит. Участковый психиатр по мере нарастания у больных деменции просто прекращает их наблюдать: сами пациенты не в состоянии посещать врача, а

домашние визитации в современных условиях нереальны. В результате больные остаются без какой-либо медицинской психиатрической помощи.

Е.Г.Трифонов показал, что эффективная медицинская и медико-социальная помощь психически больным позднего возраста может быть обеспечена лишь при создании внутри психиатрических служб системы подразделений геронтопсихиатрического профиля, которая должна включать специализированные геронтологические: 1) стационар; 2) полустационар; 3) кабинет психоневрологического диспансера. Все это — формы государственной помощи. Но вот беда - государство сегодня оказалось не в состоянии справиться с психиатрическими проблемами старшего поколения.

«Негласно, но существует возрастной лимит для госпитализации. Прямо в лоб могут сказать: а что вы хотите в семьдесят-то лет? Вы хотите быть здоровым? Это стало какой-то патологической нормой поведения» (акад. А.И.Воробьев). Основная масса пожилых и старых людей с различными формами органических деменций остаются вне поля зрения психиатров и практически не получают необходимую им психиатрическую помощь. Поэтому при организации помощи пожилым и старым людям так важно найти правильное соотношение двух составляющих: формальной (государственной) и неформальной (родственники, общественная и конфессиональная благотворительность).

Сейчас у нас в Московской области реализуется проект создания так называемых резиденций — домов содержания пожилых людей, страдающих болезнью Альцгеймера. Они учреждаются совместно с французской компанией Group Almage, имеющей многолетний опыт работы в этой области. Предусматривается создание сети парк-отелей системы Senior Care, использующих самые современные, успешно апробированные в Европе, методы работы с дементными людьми. Конечно, на начальном этапе создания этой коммерческой системы помощь в ней будет доступна не каждому. Но данный проект реализуется при поддержке Правительства Московской области. Это дает надежду, что рано или поздно серьезность проблемы будет осознана властью в той мере, чтобы современные высокотехнологические формы медицинской и реабилитационной помощи при болезни Альцгеймера стали доступными многим.

Кроме того, в России впервые создана специальная служба Геронт-Эксперт, оказывающая социальную и информационную поддержку пожилым людям с церебральными атрофиями. Задачи психиатров государственной системы здравоохранения — войти с этими службами в тесный деловой контакт и сотрудничество. Это позволит, с одной стороны, насытить новые социальные службы современными медицинскими технологиями, с одной стороны, а с другой — овладеть передовым европейским опытом реабилитации, патронажного и социального обслуживания больных, что обогатит возможности оказания помощи и в государственных учреждениях.

Проблема деменций альцгеймеровского типа столь социально значима, что возникает вопрос: а почему коммерческая составляющая геронтопсихиатрической помощи не может быть включена в социальный пакет, как это сделано в отношении фармацевтических фирм? Ведь их расходы государство успешно компенсирует, делая доступными для широких кругов населения новейшие, наиболее эффективные психофармакологические препараты (кстати, кроме тех, что помогают при болезни Альцгеймера). Бремя этого тяжелого заболевания крайне тяжело и для родственников (чьи семьи превращаются в доморощенные сумасшедшие дома) и для общества в целом. Вопрос назрел и требует адекватного решения.

В.Я.Евтушенко

Найдена причина забывчивости пожилых людей

Специалисты из Гарвардского университета выяснили, с чем связано возрастное ухудшение памяти и почему некоторым старикам удается дольше сохранять остроту ума. Ученые провели 93 здоровых людям в возрасте от 18 до 93 лет (никто из пожилых не страдал болезнью Альцгеймера даже в ранней стадии) функциональную магниторезонансную

томографию (фМРТ) мозга. Выяснилось, что по мере старения усугубляются нарушения взаимосвязи между разными функциональными зонами мозга, отвечающими за те или иные психические процессы (память, восприятие, обработка данных и т.д.). С помощью этих «информационных каналов» мозг координирует информацию, полученную от разных его отделов. «Мы обнаружили, что у молодых людей работа передней и задней части мозга была синхронизирована. У пожилых же людей такого не было, их отделы мозга в меньшей степени взаимодействовали друг с другом», - сообщила доктор Эндрюс-Ханна. По ее словам, степень нарушения синхронизации между отделами мозга у пожилых участников исследования была неодинаковой. Старики, у которых эта система была более сохранной по данным фМРТ, одновременно демонстрировали лучшие результаты психометрических тестов. Нарушение этих процессов связано с разрушением материала «каналов» белого вещества мозга. По словам ученых, новые данные помогают лучше понять механизм возрастного снижения когнитивных функций и могут быть использованы при разработке метода, позволяющего затормозить развитие этих нарушений.

Источник Medportal.ru Medlinks.ru

Кто суетится и кто больше ходит, тот стареет медленнее

Люди, ведущие сидячий образ жизни, стареют в среднем на десять лет раньше, чем их более активные ровесники, утверждают британские ученые. Скорость старения можно определить по величине длины теломер. Теломеры – концевые фрагменты хромосом, не несущие наследственной информации. Их основной функцией является защита клеточной ДНК от деформаций и повреждений. Длина теломер сокращается с каждым делением клетки, и считается основным индикатором старения организма. В исследовании, проведенном специалистами из Королевского колледжа Лондона (King's College London) приняли участие 2400 пар близнецов. Участники заполнили анкеты, указав частоту и интенсивность физических нагрузок, и сдали анализ крови. Руководитель исследования Линн Черкас (Lynn Cherkas) и ее коллеги измерили длину теломер хромосом в клетках крови участников и сопоставили полученные показатели с данными опроса. Оказалось, что ежегодно длина теломеры сокращается в среднем на 21 пару нуклеотидов – элементарных структур молекулы ДНК. Но этот показатель существенно различался в зависимости от степени физической активности участников эксперимента. У людей с минимальной физической активностью (16 минут в неделю) длина теломеры оказалась на 200 нуклеотидов короче, чем у наиболее физически активных (199 минут в неделю). Другими словами, наиболее активные люди имели такую же длину теломер, как и те, кто был на 10 лет моложе, но вел сидячий образ жизни, сообщили ученые. Ученые предположили, что физическая активность помогает справляться со стрессами, способствующими укорочению теломер.

Источник: MedLinks.Ru

Секрет долгой жизни - высокие уровни ЛПВП

Итальянские исследователи показали, что наибольшей продолжительностью жизни характеризуются пожилые люди с высокими уровнями ЛПВП, что подтверждает гипотезу о том, что ЛПВП являются фактором определяющим продолжительность жизни. Francesco Landi (Catholic University of Sacred Heart, Рим, Италия) проанализировали данные проспективного когортного исследования ILSIRENTE. Среди 359 участников исследования в возрасте старше 80 лет в течение двух лет зафиксировано 86 смертей. У умерших участников исследования мужского пола уровень ЛПВП составил в среднем 36,7 мг/дл, что было достоверно ниже, чем у выживших (43,4 мг/дл). У женщин результаты были сходными с уровнями ЛПВП 42,2 мг/дл и 49,3 мг/дл, соответственно. Исследователи пришли к заключению, о том, что полученные данные являются весомым аргументом в пользу гипотезы о значительном влиянии метаболизма липидов на продолжительность жизни пожилых.

Источник: Cardiosite.ru

Обнаружен участок мозга, способный восстанавливать нервные клетки

Ранее считалось аксиомой, что нервные клетки и нервные окончания в головном и в спинном мозге не восстанавливаются. Однако сделано открытие: оказалось, что в отделе мозга, ответственном за обоняние, из клеток-предшественниц (стволовых клеток) образуются новые зрелые нейроны. Автор исследования - Петер Эрикссон из института нейронаук и психологии при университете Гетеборг, сообщил, что речь идет о трубчатой структуре длиной с фалангу пальца, которая соединяет два ареала одного полушария головного мозга: боковой желудочек головного мозга, где циркулирует спинномозговая жидкость, и *Bulbus olfactorius* - носовую луковицу. Вблизи наполненного жидкостью желудочка и находятся стволовые клетки. Сейчас стало понятно, что клетки по трубке, которую ученые назвали *Rostral Migratory Stream*, мигрируют к обонятельной луковице. «Таким образом, человеческий мозг в состоянии поставлять материал для производства новых нейронов», - утверждает швед Эрикссон. Но еще в 1998 году похожие явления ученые обнаружили и в *Hipposampus*. В этом ареале, который среди прочего связан со свойствами памяти, также могут возникать новые нервные клетки. Ученые выдвинули гипотезу о возможности восстановления нервных клеток после повреждения мозга. И, как сообщают китайские ученые во главе с Кунь Линь Цзинь из шанхайского университета в журнале *Proceedings of the National Academy of Sciences*, они действительно обнаружили у пациентов, перенесших инсульт, новые нервные клетки. Пока не вполне ясно, каким образом можно заставить «работать» результаты исследования на практике. Но, как ожидается, будет найден способ выращивания новых нейронов при помощи стволовых клеток.

Источник: Point.Ru

Рост новых нейронов в головном мозге теперь можно увидеть

Техника магнитно-резонансной спектроскопии (МРС) мозга, которая позволяет изучать не структуры, а химию мозга, позволила идентифицировать в мозге незрелые клетки, которые вырастают в нейроны и другие клетки нервной системы на протяжении жизни. Новое исследование, проведенное доктором Мирьяной Мейлетик-Саватик (*Mirjana Maletic-Savatic*) из Государственного университета Нью-Йорка и Григорием Ениколоповым из лаборатории Колд-Спринг Харбора, позволило обнаружить различия в концентрации незрелых клеток мозга в гиппокампе и в коре головного мозга и увидеть, что их уменьшается с возрастом.

Источник: Snews.ru

Конфликты продлевают жизнь

Исследование Университета Мичигана показало, что в иногда конфликт позитивно влияет на здоровье и долголетие человека. Ученые наблюдали за 192 семейными парами на протяжении 17-ти лет. Наблюдения позволили сделать неожиданный вывод: если супруги предпочитают разрешать дело миром и не дают воли своим эмоциям, уровень ранней смертности среди них вдвое выше, чем в семьях, где в той или иной форме эмоции выплескиваются. Авторы исследования предполагают, что причиной может быть накапливающийся стресс.

Источник: Washprofile.org

Гимнастика для памяти

Есть такое твердое правило. — Встал поутру, умылся, привел себя в порядок — и сразу же приведи в порядок свою планету. (Антуан де Сент Экзюпери, «Маленький принц»). Оказывается, это относится и к планете под названием «память». Простой способ значительно улучшить память предложили ученые из университета британского города Манчестер. Они утверждают, что одновременное движение зрачками глаз из стороны в

сторону в течение 30 секунд в день способствует активизации зон мозга, отвечающих за память. Та группа добровольцев, которая ежедневно делала этот комплекс упражнений, значительно превосходила по степени запоминания новых слов, образов и звуков группу, где добровольцы не делали подобной “гимнастики. Согласно подсчетам, память улучшается, по меньшей мере, на 10 процентов. Как заявил руководитель исследования профессор Эндрю Паркер, одновременное движение зрачков глаз усиливает координацию двух полушарий мозга, причем наиболее эффективно одновременное движение зрачков из стороны в сторону, нежели вверх и вниз.

Источник: Форум «Пустоты.нет»

Как лечить дисциркуляторную энцефалопатию?

При дисциркуляторной энцефалопатии отмечается патология не крупных, а мелких мозговых артерий от состояния которых зависит кровоснабжение глубоких отделов мозга. Поэтому их еще называют пенетрирующими артериями. Если такие артерии поражены, и поражение распространенное, то это приводит к диффузному двустороннему ишемическому поражению белого вещества мозга и множественные лакунарные инфаркты в его глубоких отделах. Этому способствует не повышение, а наоборот, понижение общего артериального давления, например, из-за чрезмерной гипотензивной терапии. В результате страдают не столько двигательные, сколько и психические функции. Ослабляется внимание, снижается речевая активность, нарушаются способности планирования, организации и контроля деятельности, в то время как память страдает в меньшей мере. Когнитивные нарушения сочетаются с аффективными (депрессия, апатия, тревожность, раздражительность, эмоциональная лабильность и др.).

Как лечить? В первую очередь надо нормализовать кровяное давление. Это достигается длительным применением комбинации периндоприла (престариум) и индапамида (индап). Но при этом ни в коем случае нельзя допускать гипотензивные эпизоды, особенно у пожилых: снижение давления может усугубить поражение мозга. Эту терапию желательно дополнить назначением статинов. Они не только снижают уровень холестерина, но оказывают еще антитромбогенный и антиоксидантный эффект. Длительный прием антиагрегантов (тромбоасс) полезен для тех пациентов, у кого выявляется атеросклеротический стеноз магистральных артерий или обнаружены сосудистые очаги на КТ или МРТ. Но если у пациента признаки лейкоэнцефалопатии, то антикоагулянты противопоказаны – здесь высок риск внутримозговых геморрагий. Что же касается вазоактивных средств, таких, как винпоцетин, циннаризин и т.п., то несмотря на их широкую популярность, надо учитывать возможность эффекта обкрадывания кровотока. Поэтому все же лучше проводить лечение периндоприлом и статинами в сочетании с мерами уменьшения вязкости крови. Для улучшения когнитивных функций обычно принято назначать ноотропы. Но их эффективность в долгосрочном плане все еще не доказана. Поэтому лучше назначать ингибиторы холинэстеразы (галантамин, ривастигмин, донепезид) и акатинол мемантин. Полезно применение пирибедила (проноран) и препаратов Гинкго Билоба.

О.С.Левин, профессор кафедры неврологии Российской медицинской академии последипломного образования

Психофармакология

Американский алгоритм лечения состояний психомоторного возбуждения

David N. Osse, профессор психиатрии Гарвардской медицинской школы, разработал алгоритм лечения шизофрении. Он представляет интерес и для наших психиатров. Сегодня мы приводим его алгоритм лечения состояний психомоторного возбуждения.

Необходимость в неотложной терапии психомоторного возбуждения обычно возникает при поступлении больного в больницу, но не редко и в период стационарного лечения. Многие заведующие приемными отделениями (или дежурные врачи) предпочитают сразу же приступить к медикаментозному купированию возбуждения, а уже затем начать диагностическую работу, когда пациент станет более спокойным. Естественно, что более тщательный диагноз обычно устанавливается тогда, когда больной находится уже в лечебном отделении. Для пациентов с возбуждением и агрессией наиболее рациональным является возможно более быстрое внутримышечное введение типичного нейролептика в сочетании с бензодиазепином. Их совместное введение в одном шприце имеет преимущество перед лечением этими препаратами порознь. Это доказано и клиническими, и статистическими методами.

Наиболее распространенная схема: от 2 до 5 мг галоперидола в сочетании с такой же дозой реланиума внутримышечно через 0,5-1 час, до трех инъекций. Экстрапирамидные побочные симптомы здесь очень редки, поэтому назначения антипаркинсонических препаратов обычно не требуется. Подавляющее большинство специалистов считает, что в состояниях психомоторного возбуждения применение бензодиазепинов показано, даже при наличии опьянения или синдромов зависимости. Но только в состояниях возбуждения. Вне возбуждения применения бензодиазепинов при сопутствующей алкоголизации или наркотизации следует избегать.

По мере купирования возбуждения дозу бензодиазепинов следует постепенно снизить и потом отменить их вовсе. Очень редко при назначении бензодиазепинов возникает парадоксальное возбуждение. Отчетливых факторов риска его развития не выявлено. Есть предположение, что здесь имеет место растормаживания пациентов с, хорошо подавленным хроническим гневом, но доказательств этому пока нет. Кроме того, существует риск угнетения дыхания высокими дозами бензодиазепинов (особенно при повторных инъекциях), если больной ранее употреблял седативные средства, включая алкоголь, или если у него в анамнезе - легочные заболевания. Но этот риск невысок.

Можно купировать возбуждение применением только одного галоперидола, без реланиума. Однако в этих случаях отмечается более выраженное экстрапирамидное воздействие. Поэтому, если вы лечите возбуждение только галоперидолом, требуется профилактическое назначение антипаркинсонического препарата. Это в особенности касается мужчин моложе 35 лет и тех, кто имеет в анамнезе дистонические реакции. Следует подчеркнуть, что официальные медицинские власти США вообще против галоперидола. Дело в том, что есть сообщения о внезапных смертях вследствие удлинения интервала QT на ЭКГ и блокады torsades de pointes у пациентов, лечившихся высокими, средними и даже низкими дозами этого препарата. Описаны случаи смерти пациентов и без связи с каким-либо удлинением QT.

Несмотря на то, что комбинация галоперидола и реланиума представляется наиболее эффективной при лечении острых состояний, некоторые эксперты предпочитают монотерапию реланиумом. Но если галопериол дает эффект примерно через час после введения, при применении реланиума для достижения того же результата приходится ждать не менее двух часов. Обычная доза - 2,5-5 мг в/м через час до трех инъекций, пока не появится возможность контролировать поведение пациента. После этого назначается пероральный прием нейролептика нового поколения. Галоперидол через 1 час давал тот же седативный эффект, что бензодиазепины показывали через 2 часа. Таким образом, наиболее эффективная процедура в борьбе с возбуждением и агрессивностью больных шизофренией – это комбинация галоперидола с реланиумом при внутримышечном введении. А вот назначения аминазина для купирования состояний возбуждения следует избегать из-за высокого риска гипотензии.

Больным с острым психотическим возбуждением может быть назначен и Droperidol - нейролептик, чаще используемый в анестезиологической практике. Примерно пятая часть

психиатров в приемных отделениях предпочитают назначение дроперидола в сочетании с галоперидолом и реланиумом. При таком назначении купирование возбуждения наступает быстрее – через 10-30 минут (такой же эффект галоперидола сказывается примерно через час). Эти различия статистически значимы. У дроперидола есть преимущество более короткого периода действия, у него период полувыведения - 2,2 часа, против 10 часов у галоперидола, но он сильнее понижает АД при внутримышечном введении может увеличивать интервал PQ на ЭКГ. С этим связана чудноватая рекомендация проверять ЭКГ перед купированием возбуждения дроперидолом, и отказываться от него, если PQ увеличен. Ведь в случаях острого психомоторного возбуждения это вряд ли реально. По этой (и некоторым другим) причинам возможность применения дроперидола должна быть зарезервирована только для тех пациентов, которым оказалось малоэффективным (или непереносимым) иное лечение.

Другие нейролептики для парентерального купирования состояний возбуждения (вместо галоперидола) - трифтазин, тизерцин, perphenazine. Но они все-таки достаточно слабы для достижений этой цели. Гораздо более эффективны атипичные нейролептики. Olanzapine (Зипрекса) и ziprasidone имеют парентеральные формы, которые уже доказали свою силу. Возможно, со временем, они заменят галоперидол.

Сейчас началось применение еще одного нового, перспективного нейролептика – aripiprazole (Абилифай). Его парентеральная форма есть, но она пока еще не зарегистрирована в нашей стране. Но и в таблетированной форме абилифай достаточно эффективен при двигательном возбуждении. В чем его преимущества? Он особенно хорош при атипичных картинах возбуждения, когда собственно маниакальный или острый тревожный аффект сочетается с негативными симптомами. Они обычно скрыты за фасадом бури, но вполне отчетливо меняют ее клиническую картину. Мания становится пустой, бездеятельной, появляются элементы дурашливости, с больными нет аффективного контакта и т.п. Негативная симптоматика чувствительна к воздействию абилифая и это обуславливает его лечебный эффект даже при таких, обычно трудно купируемых состояниях. Абилифай хорошо сочетать с лоразепамом. Лечебный эффект появляется быстро и оказывается достаточно стойким. При достаточно выраженном терапевтическом эффекте он не приводит к развитию экстрапирамидных нарушений, не удлиняется комплекс QT на ЭЭГ, не развиваются метаболический синдром. Все это выгодно выделяет этот препарат из всего арсенала психотропных средств, применяемых для купирования состояний возбуждения.

В.Я.Евтушенко

Юбилей

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

Юбиляры января и февраля

Чуть больше 25 лет со дня рождения

1 января — Валентина Алексеевна КУЗНЕЦОВА — врач-психиатр областного психоневрологического диспансера (г. Долгопрудный);

1 января — Людмила Иосифовна КОТЕЛКОВА — Заслуженный врач Эстонской ССР, врач-психиатр областной психиатрической больницы № 19 (Домодедово);

12 января — Наталья Валентиновна МАРТИНОВИЧ — врач-психиатр психиатрического кабинета Истринской городской больницы;

23 января — Валентина Павловна УРЕЙСКАЯ — врач-психиатр психиатрического кабинета Ивантеевской ЦГБ;

25 января — Мария Васильевна КОНОХОВА — врач-психиатр областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко;
 25 января — Елена Александровна ФОМИНА — врач-психиатр психиатрического кабинета Луховицкой ЦРБ;
 1 февраля — Тамара Алексеевна ШИШКИНА - врач-психиатр психоневрологического диспансерного отделения Пушкинской ЦРБ;
 9 февраля — Людмила Сергеевна ХАПРОВА - медицинский психолог областного психоневрологического диспансера (г. Долгопрудный);
 12 февраля — Любовь Григорьевна КУЗНЕЦОВА - зав. Черногрязской психиатрической больницей Солнечногорского района;
 17 февраля — Надежда Сергеевна ЗУБКО - зав.отделением ЦМОКПБ;
 22 февраля - Галина Николаевна МИНИНА - участковый психиатр Щелковского психоневрологического диспансера;
 26 февраля — Валентина Александровна КАЛЮЖНАЯ - врач-психиатр городской поликлиники (г. Дедовск);

50 лет со дня рождения

3 февраля — Николай Петрович ЛУЦИК - зав.отделением ЦМОКПБ, канд.мед.наук;

60 лет со дня рождения

17 января — Виктор Михайлович КРЕТОВ — зав.отделением областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко;
 21 января — Валерий Александрович МАЛОВ — врач-психиатр областной психиатрической больницы № 8 (Орехово-Зуево);
 16 февраля — Сергей Азикович ШАПОВАЛОВ- врач-психиатр специализированной бригады скорой помощи Коломенской ЦРБ;

65 лет со дня рождения

26 января — Владимир Григорьевич ОРОБЕЙКО — врач-психиатр областной психиатрической больницы № 12 (пос. Микулино Городище, Лотошинский район);

70 лет со дня рождения

4 января — Валентин Алексеевич МАКАРКИН — врач-психиатр Ступинского психоневрологического диспансера;
 11 января — Анатолий Сергеевич КОЛГАНОВ — зав.отделением областной психиатрической больницы № 3 (Егорьевский район);
 19 января — Дмитрий Семенович МАРУЕВ — врач-психиатр специализированной бригады скорой помощи Наро-Фоминской ЦРБ;
 19 января — Георгий Петрович ЧУЛКОВ — зав.отделением областной психиатрической больницы № 12 (пос. Микулино Городище, Лотошинский район);

75 лет со дня рождения

24 февраля — Алексей Егорович МЕДВЕДЕВ — Заслуженный врач РФ, заместитель главного врача областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко;

80 лет со дня рождения

9 января — Вадим Викторович БОРИСЕВИЧ — Заслуженный врач РФ, врач-психоневролог областной психиатрической больницы № 17 (пос. Курилово, Подольский район).

Юбилеи предстоящие

1 марта — Лапшина Ольга Владимировна, Заслуженный работник здравоохранения Московской области, заместитель главного врача областной психиатрической больницы № 23 (Наро-Фоминск);

- 2 марта — Шкиперов Леонид Михайлович, медицинский психолог областной психиатрической больницы № 3 (Егорьевский район);
- 6 марта — Лузин Дмитрий Николаевич, врач психиатр-нарколог поликлиники Можайской ЦРБ;
- 7 марта — Мурзаев Валерий Геннадьевич, врач-психиатр Ногинской психиатрической больницы № 25;
- 15 марта — Тунев Валентин Моисеевич — Заслуженный врач РФ, заместитель главного врача областной психиатрической больницы № 17 (Курилово, Подольский район);
- 17 марта - Давыдова Галина Васильевна, врач-психиатр областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко;
- 18 марта — Кремер Людмила Робертовна, зав. отделением областной психиатрической больницы им. Яковенко;
- 20 марта — Кротов Аркадий Емельянович, Заслуженный врач РФ, врач-психиатр областной психиатрической больницы № 3 (Егорьевский район);
- 24 марта — Бударин Александр Сергеевич, врач психиатр-нарколог областной психиатрической больницы № 5 (Хотьково);
- 27 марта — Павлова Инна Алексеевна, врач-психиатр областной психиатрической больницы № 7 (Серпухов);
- 27 марта — Шаблевич Вера Петровна, Заслуженный работник здравоохранения Московской области, канд.мед.наук, зав. Отделением ЦМОКПБ;
- 31 марта — Архипова Светлана Анатольевна, зав. наркологическим отделением Красногорской городской больницы № 3.

60 лет со дня рождения

Георгия Семеновича КОКАЕВА

14 января Георгию Семеновичу Кокаеву исполнилось бы 60 лет. К несчастью, он не дожил до своего юбилея. Это была значительная, заметная фигура в Московской областной психиатрии. Его хорошо знали и любили многие психиатры по всей России. Он ряд лет руководил одной из наиболее крупных психиатрических больниц области (МОПБ № 5). Прекрасный организатор и клиницист, он много сделал для укрепления и развития своей больницы. Как опытного эксперта и специалиста, его часто направляли в различные регионы страны для участия в работе всяких комиссий. Человек широкой души, открытый и лучезарный, он умел налаживать не только деловые, но и неформальные, дружеские контакты со своими коллегами, оставаясь при этом строгим и требовательным, если этого требовали интересы дела. Он был одним из создателей Московского Клуба психиатров. Годы идут, а память об этом замечательном человеке, прекрасном враче и руководителе, товарище и друге, живет в наших сердцах. И не стихает боль от потери. Жаль, что его нет с нами сейчас.

