



### Новости

#### ***Прогресс в лечении последствий инсульта***

Главная проблема последствий инсульта — гибель нервных клеток, оказавшихся в зоне гипоксии. Они гибнут не в первые часы инсульта, а много позднее, когда поврежденная клетка «решает», что для блага организма ей нужно умереть. Этот процесс называется апоптозом. Ученые обнаружили, что активированный протеин С, применяемый, например, при тяжелом сепсисе, может уменьшать программируемую гибель клеток (апоптоз). Через клеточные рецепторы это вещество уменьшает содержание молекул р53 - белка, который находится в центре процессов гибели вследствие гипоксии. Кроме того, повышается содержание веществ, препятствующих этому процессу. В экспериментах с лабораторными мышами, о которых рассказывается на страницах журнала Nature Medicine, Берислав Злокович (Berislav Zlokovic) и Джон Гриффин (John H. Griffin) установили, что активированный протеин С сохранял до 65% тех клеток, которые обычно погибают в результате инсульта. В целом неврологические нарушения после инсульта снижались на 91%. В другой публикации (Ann Neurol 2005;58:474-7) д-р В. Zlokovic и его коллеги рассказали, что они вызывали эмболический инсульт у самцов крыс и мышей, а затем, через 4 ч, вводили активированный протеин С. Спустя 7 дней АПС достоверно улучшал показатели функциональных тестов и уменьшал объем поражения головного мозга, по сравнению с плацебо. Применение АПС не повышало риск внутримозговых кровоизлияний. Ученые надеются, что их открытие поможет создать лекарство, которое будет эффективно не только в первые часы инсульта, но и поможет тем пациентам, которые попадают в больницу позднее.

Источник: Vertigo.ru

*Справка ред.: активированный протеин С применяется при сепсисе в форме лекарственного препарата, который называется дротрекотин альфа активированный. Его торговое название — Зигрис (Xigris), производится компанией Eli Lilly. Противопоказан в первые три месяца после геморрагического инсульта.*

#### ***К атеросклерозу ведут бактериальные инфекции***

Доктор Симо Никкари (Simo Nikkari) из Университета Турку, Финляндия, исследовал образцы брюшной аорты, удаленные хирургическим путем у пациентов с атеросклерозом. В стенках аорты, пораженной атеросклерозом, обнаружены ДНК известных патогенных бактерий, вероятный источник которых - полость рта и другие слизистые, например, кишечник. Ученые считают, что существует потенциальную возможность применения антибактериальных препаратов как средства для предотвращения и лечения атеросклероза.

Источник: Солвей-Фарма.ру

#### ***Изменен федеральный список лекарств для льготников***

В перечень препаратов, утвержденный приказом Минсоцздраво РФ от 18 сентября 2006 г. № 665, внесены серьезные изменения. В частности, исключены: из противосудорожных средств — фенитоин (дифенин), из антипаркинсонических — толперизон (мидокалм), из

анксиолитиков — тофизопам (грандаксин), из антипсихотиков — тиопроперазин (мажептил). Но этот раздел дополнен галоперидолом-деcanoатом (масляный раствор для внутримышечного введения). Из раздела прочих препаратов, влияющих на ЦНС, исключены аминолон, пикамилон, но добавлен толперизон (мидокалм), изъятый из раздела антипаркинсонических средств. В раздел, касающийся средств, применяемых по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом ЛПУ, добавлены: Клопиксол-депо (масляный раствор для внутримышечного введения) и Модитен-депо (раствор для внутримышечного введения). Изменения вступают в силу с 1 января 2009 года. Источник: Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 августа 2008 г. № 451н

### ***События в Цхинвале и психиатрия***

Во время военных действий в Южной Осетии грузинские военные обстреливали психиатрическую больницу в Цхинвале. Сейчас от больницы остались одни руины. Во время обстрелов ее пациенты прятались в подвалах вместе с жителями города. «8 и 9 августа мы прятались в подвале, там нас было около 100 человек. Вместе с нами там сидели и 10 человек из психбольницы. Наверх подняться было невозможно, потому что все время стреляли, по нашей улице ездили грузинские танки. Два дня мы ничего не ели. Мне удалось подняться наверх и принести повидло и хлеб, этим мы и питались», - вспоминает жительница Цхинвала Наира Булатаева. «Мы лежали на сыром полу, прижимались друг к другу, а иначе там невозможно было находиться. Мы не могли выйти на улицу и забрать трупы, потому что боялись снайперов», - продолжила она. Сейчас пациенты цхинвальской психиатрической больницы находятся во Владикавказе. Корреспондент «Кавказского узла», побывавший в Цхинвале, передает, что от психиатрической больницы там не осталось ничего. Источник: kavkaz-uzel.ru

### ***Наша помощь жителям Южной Осетии***

Группа московских врачей и психологов, в составе которой была и главный детский психиатр нашей области Т.Г.Готовцева, была экстренно направлена во Владикавказ для оказания помощи беженцам из Цхинвала. Работу с пострадавшими детьми хорошо организовала Т.Н.Рыжова, главный детский психиатр Северной Осетии, имеющая опыт оказания помощи детям, пострадавшим в Беслане. У всех обратившихся были признаки острого стрессового расстройства. У многих обострились имевшиеся ранее психические и психосоматические заболевания. Всем обратившимся детям была оказана неотложная психотерапевтическая, психофармакологическая помощь, проводился релаксирующий массаж. Пострадавшие — и взрослые, и дети, вели себя достойно и держались мужественно. С ними побеседовала и вручила подарки Т.Голикова, министр здравоохранения и соц.развития РФ, находившаяся в то время во Владикавказе.

### ***Принята резолюция, направленная на улучшение психического здоровья и общественной безопасности***

В Екатеринбурге на конференции психиатров страны была принята специальная резолюция. В ней, в частности, поставлены вопросы о необходимости установлении единой оплаты койко-дня во всех регионах, об отдельном федеральном финансировании льготного лекарственного обеспечения психических заболеваний, введении положения о медицинском психологе в системе оказания психиатрической помощи населению. Руководителям психиатрических учреждений предложено поддерживать инициативы организации общественных советов пользователей на местах. Принят за основу Проект развития детской психиатрической помощи, предложенный Ассоциацией детских психиатров и психологов. Поддержана инициатива по подготовке специалистов первичного звена здравоохранения (педиатры, терапевты, семейные врачи) по проблемам детской психиатрии. Рекомендовано

дополнить номенклатуру специальностей введением специальности - «детская психиатрия». Очередную Конференцию запланировано провести в городе Петрозаводске, в начале июня 2009 г.

### ***В Подмосковьи построили специальную психиатрическую больницу***

В 2005 году губернатором Московской области был принят Комплексный план неотложных мероприятий по государственной поддержке и развитию областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко на 2005-2007 г.г. В ходе его реализации проведён значительный объём работ по капитальному строительству, капитальному ремонту и реконструкции зданий и сооружений больницы. А 9 сентября состоялось торжественное открытие нового корпуса — для проведения принудительного лечения специального типа. Необходимость открытия такого учреждения назрела давно. В связи с тем, что Московская область до настоящего времени не имела психиатрического стационара специализированного типа, лечение подобных больных - жителей Подмосковья производилось в психиатрической больнице № 5 города Москвы. Однако, в связи с переполненностью этой больницы, проблемами в реализации социальных и других прав больных, ввиду отсутствия законодательного и договорного регулирования данной сферы, стали возникать трудности с госпитализацией этой категории граждан. По инициативе прокурора Московской области Замуруева принято решение о перепрофилировании лечебного корпуса № 2 ОПБ им. Яковенко в стационар специализированного типа.

Новый корпус рассчитан на 250 мест, окружен забором высотой в 3.5 метра. Территория находится под круглосуточным видеонаблюдением. Созданы все условия для работы охраны и медицинского персонала. Пресс-служба подмосковной прокуратуры.

Источник: kvadroom.ru

## **Психиатрия в России**

### ***Камчатка: штрафы можно оспорить и не платить***

Управление Роспотребнадзора наказало областной психоневрологический диспансер штрафом 10 тыс. рублей за нарушения санитарного законодательства: площадь на одну койку в отделениях была значительно меньше нормы, в палатах установлено от пяти до восьми коек при норме четыре. Диспансер оспорил это в арбитражном суде. Суд установил, что действующий диспансер был запланирован на 310 коек, но фактически по санитарным нормам вмещает только 137 коек. Администрация диспансера неоднократно обращалась в Управление здравоохранения Камчатской области с просьбой об увеличении ассигнований, в связи с недофинансированием на текущий и капитальный ремонт. Суд признал, что диспансер принял все зависящие от него меры по соблюдению действующих санитарных правил, санитарно-эпидемиологических требований. Учитывая отсутствие вины учреждения, суд принял решение отменить постановление о привлечении диспансера к административной ответственности.

Источник: РИА Север ДВ

### ***Мурманск: Опять Лариса Арап***

После событий 2007 года, связанных с принудительной госпитализацией Ларисы Арап (см. нашу газету № 7, сентябрь 2007), она сменила место жительства. Однако, как она сама считает, неизвестные лица продолжали угрожать ей звонками и записками. Арап обратилась в милицию с просьбой защитить ее. Занявшийся этим следователь вызвал бригаду скорой психиатрической помощи. Арап не стала сопротивляться и спокойно поехала в Мурманский областной психоневрологический диспансер. Однако врачи диспансера оказались на высоте. Они внимательно ознакомились с сопроводительным письмом следователя, провели консилиум и не нашли оснований для лечения Ларисы. Более того, беседовавший с ней врач

сказал, что считает Ларису нормальным человеком, предложил ей вернуться домой и продолжать защищать свои права. Он также посоветовал ей написать жалобу на неправомерные действия сотрудников милиции. Напомним, что летом 2007 года только вмешательство общественности, СМИ, правозащитников из России и из-за рубежа заставило выпустить Ларису из психиатрической больницы, куда она была помещена после публикации статьи о состоянии мурманской психиатрии.

Источник: Каспаров.Ru

### ***Ульяновск: выставка рисунков пациентов в художественном музее***

В музее современного изобразительного искусства имени А.А. Пластова открылась выставка рисунков пациентов психиатрической больницы им. Карамзина. «Мы сознательно поставили стенды с экспозицией в зале, где размещена стационарная выставка картин признанных мастеров современного искусства, - пояснила директор музея Елена Сергеева. - Думаю каждый, кто придет к нам, может воочию убедиться в том, что работы непризнанных художников могут быть высоки в плане художественной ценности». Художественное творчество больных обычно используется для целей их реабилитации. Но иногда из способа лечения живопись превращалась в профессиональное занятие и люди делали карьеру на этом поприще. Картины «самостийных» художников размещались в международных каталогах, и лишь тогда под картинами художников появлялись подписи. Те же творения, которые выставлены в музее сейчас, анонимны. Не выдают инициаторы выставки и диагноз пациентов, дабы не ранить людей...

Источник: «Дыхание земли» г. Ульяновск

### ***Москва: будь осторожен - «Аватар»***

Эта организация, выдающая себя за образовательное учреждение, создана по образу и подобию религиозных сект, действующих под видом, как правило, образовательных учреждений, занимающиеся организацией разного рода психологических семинаров, тренингов, курсов. Они строятся по принципу финансовой пирамиды. Но самое главное - члены психокульта «Аватар» рвутся во власть. Есть достоверная информация о прохождении тренингов «Аватар» (основного, продвинутого, лидерского курсов) отдельными представителями высшего и среднего звена ряда крупных и средних промышленных и финансовых структур, республиканских министерств и ведомств. Аватаровцы нацелены на создание и воспитание новой элиты, «сверхчеловеков» в понимании Ф.Ницше и германских нацистов.

Источник: www.1sn.ru

## **Психиатрия за рубежом**

### ***Британия: могут ли быть членами парламента лица с расстройствами психики?***

У каждого пятого члена британского парламента — проблемы с психикой, которые они тщательно скрывают от окружающих. Дело в том, что по действующему закону, депутат с психическими отклонениями автоматически лишается мандата без возможности возобновления парламентской деятельности. Сейчас внесено предложение отменить эту норму и разрешить психически нездоровым людям участвовать в работе парламента. «Члены парламента и пэры не должны смущаться своих личных переживаний. Но сейчас они вынуждены молчать из-за предрассудков, невежества и страха, окутывающих психические заболевания», — заявил журналистам Пол Дженкис, возглавляющий общество Rethink, занимающееся проблемами психического здоровья. В качестве примера для подражания была приведена история с бывшим премьером Норвегии Кьеллем Магне — тот факт, что он признался в наличии у него депрессии, не повлиял на его популярность и переизбрание на пост главы правительства. С британским премьером или депутатом такого случиться не

может: – действующий закон не позволяет государственным чиновникам такого уровня исполнять обязанности при наличии психиатрического диагноза.

Источник: ОБОЗ.ua

### ***Гонконг: чтобы люди хорошо работали, нужны «дни под одеялом»***

Представители крупнейших мировых корпораций убеждены: забота о служащих повышает мотивацию и увеличивает производительность труда. Рабочий день не должен быть длинным, сотрудники не должны перенапрягаться и испытывать стрессы. В гонконгском представительстве голландской почтовой компании TNT установили удобное для людей расписание трудового дня, оказывают помощь в воспитании детей, предлагают финансовую поддержку (порядка 5 тыс. долларов) тем работникам, которые решили усыновить ребенка, предоставляют пятидневный оплачиваемый отпуск в случае семейной необходимости. А в британской телекоммуникационной компании «Text 100» существуют так называемые «дни под одеялом»: служащие могут дважды в год позвонить на работу и сказать, что они не могут прийти, потому что устали. Компании идут на это, иначе деятельность фирмы в целом вряд ли будет успешной.

Источник: www.jobway.ru, «Solvay Pharma»

### ***Украина: бунт психиатров***

Публичный бунт устроили психиатры Донецкой городской психиатрической больницы №1. Врачи, медсестры, техперсонал вместе с родственниками постояльцев городской психиатрической больницы № 1 окружили живой цепью лечебные корпуса и стали скандировать - «Не дадим закрыть больницу!».

Бунтовщики протестовали против сокращения или закрытия психиатрических отделений с направлением больных на амбулаторное лечение по месту жительства. Задумано в 2008 году сократить численность психиатрических коек на 20%. В г. Константиновке это уже реализовано и привело к тому, что матери одного парня-эпилептика, когда у него случился тяжелый приступ, пришлось в присутствии журналистов прорваться в кабинет константиновского мэра, который решил вопрос перевозки больного в соседний город.

В местной печати уже замелькали сообщения о неоднократных отказах больным получить направление в стационар: «Нет мест, идет сокращение числа коек». Уже было два случая самоубийства (выбросились из окна больные, оказавшиеся дома в одиночестве на пике приступа). Врачи Донецкой психиатрической больницы № 1 разработали альтернативную модель реформирования. Они даже обратились в Минздрав и к премьер-министру Юлии Тимошенко. Она (что удивительно) лично дважды звонила председателю профкома больницы и заверяла, что не допустит разрушения системы психиатрической службы в Донецкой области. В Донецк прилетел министр Князевич.

В результате в донецком пресс-клубе прошел «круглый стол» об американской природе «оптимизации». Доводы врачей-противников «оптимизации» остались без внимания. Медики обращают внимание, что многие психически больные не могут посещать диспансеры и дневные стационары, расположенные далеко от места их жительства. Кроме того, они ссылались на то, что в больнице, где несколько лет назад было 750 коек, а сегодня — 350, хронически переполнены отделения: Бунт привлек репортеров, от которых попытался убежать главврач А.Г.Тимошенко. Репортеры догнали его в кустах больничного парка, чтобы узнать, что он сам думает о столь революционной затее. В ответ услышали сетования: «Я не виноват, это наверху все придумали». Родные пациентов убеждены, что некто из влиятельных персон положил глаз на землю психиатрической больницы: место для бизнеса (строительного, торгового, автомобильного и прочего) тут действительно, идеальное. Все решит, чья реакция на «психический» скандал возьмет верх.

Источник: «Газета «2000»

## Криминальная хроника

### ***Ленинградская область: психиатры осуждены за мошенничество***

В г. Тосно городской суд вынес приговор в отношении главного врача Ульяновской областной психиатрической больницы, а также заведующей отделением и старшей медсестры. Они обвинены в махинациях с квартирой пациентки. Ее заставили подписать доверенность на приватизацию квартиры, а потом и договор продажи жилья. Получив все бумаги, злоумышленники сфабриковали выписку о том, что пациентку выписали из лечебного учреждения, хотя она не покидала стен больницы. Заработанный таким образом 18 тысяч долларов поделили между собой, за что и получили разные сроки: заведующий отделением — 3 года лишения свободы (условно), старшая медсестра — 2,5 года лишения свободы (условно). Обоим медикам назначен испытательный срок 3 года. Суд удовлетворил иск прокурора о возмещении ущерба потерпевшей на сумму более 500 тыс. рублей. Ленинградский областной суд оставил этот приговор без изменения. Приговор вступил в силу.

Источник: vz.ru, IRN.RU

### ***Воронеж: Врач-психиатр обвиняется в служебном подлоге***

Прокурор Советского района Воронежа утвердил обвинительное заключение в отношении заведующей приёмным отделением Воронежского областного психоневрологического диспансера. По версии следствия, она за денежное вознаграждение в размере 10 тыс рублей выдала пациенту документ, содержащий недостоверные сведения о его заболевании. Уголовное дело направлено в суд.

Источник: VrnNews

### ***Омск: суд взыскал с психобольницы 30 тысяч рублей***

Суд частично удовлетворил иск правозащитника Дмитрия Щекотова к районной психиатрической больнице. Поместили его туда по решению прокуратуры на принудительное обследование по делу о клевете на председателя райсуда. Но диагноз районного психиатра оказался ложным. Комиссия медиков областной психиатрической клиники признала Щекотова вменяемым. Правозащитник подал два иска о возмещении морального вреда - к районной психбольнице и отдельным ее сотрудникам на сумму 2,5 миллиона рублей и к прокуратуре района - на 10 миллионов. По первому иску суд постановил выплатить ему в качестве компенсации за пережитые им в больнице страдания и причиненный ею ущерб его здоровью 30 тысяч рублей. Д.Щекотов счел это решение издевательским и отправил кассационную жалобу в областной суд. По второму иску — к прокуратуре, исковое заявление удовлетворено не было. Щекотов готов отстаивать свои исковые требования - вплоть до Страсбургского суда.

Источник: Novayagazeta.ru

### ***Калининградская область: психиатр осужден за вымогательство***

В диспансерное отделение психиатрической больницы к врачу-психиатру обратился гражданин с просьбой снять его с диспансерного наблюдения и выдать справку о годности к управлению транспортным средством. За оформление документа и положительное решение врачебной комиссии доктор потребовал с мужчины 3,5 тыс. рублей. Факт передачи требуемой суммы зафиксировали сотрудники УВД. Суд признал медработника виновным по ст. 290 ч. 2 УК РФ («Получение взятки») и назначил наказание в виде 3,5 лет лишения свободы условно с запретом занимать должности в системе органов здравоохранения, связанные с выполнением организационно-распорядительных, административно-хозяйственных функций, сроком на 2 года.

Источник: www.kaliningrad-online.ru

### ***Московская область: психиатры на высоте***

Уроженка Грузии обманным путем заключила фиктивный брак с жителем Московской области, находящимся на стационарном лечении в психиатрической больнице, с целью заполучить его жилплощадь. С 1995 года мужчина постоянно находится на стационарном лечении в психиатрической больнице имени В.Яковенко. Когда в январе 1999 года больного вместе с тетей отпустили в однодневный отпуск, он вернулся со штампом в паспорте о заключении брака с уроженкой Грузии. После регистрации брака женщина своего мужа не посещала, а сразу же прописалась и стала проживать в его однокомнатной квартире. В 2005 году она в судебном порядке добилась признания супруга недееспособным, после чего была назначена его опекуном. О том, что брак фиктивный, в прокуратуру сообщил главный врач МОПБ имени В.Яковенко: больной рассказал, что его обманули и хотят убить. Дело было направлено в суд, который решил, что этот брак был заключен без намерения создать семью, и что на момент его заключения мужчина не мог понимать значения своих действий и руководить ими. Мировой судья в г. Климовске вынес решение о признании этого брака недействительным. В настоящее время ответчица обжалует вынесенное судом решение в апелляционном порядке.

Источник: NEWSru.com

### ***Москва: осуждены работники психдиспансера***

Двое руководителей столичного психдиспансера путем обмана обменяли московскую квартиру пациентки, страдающей шизофренией, на квартиру во Владимирской области. После того они оформили эту квартиру на другого человека, получив от него 30 тысяч долларов. Ближайшие 10 лет они проведут в тюрьме.

Источник: NEWSru.com

### ***Судебным психиатрам рекомендуют: Никаких психиатрических заключений, если подозреваемый отрицает совершение преступления***

Профессиональная ассоциация психиатров Голландии рекомендует судебным психиатрам воздерживаться от рекомендаций суду по вопросу (не)вменяемости, если подозреваемый отрицает совершение преступления. Дело в том, что случались ошибки судебно-психиатрических экспертов в случаях, когда обвиняемый отрицал совершение им преступления, был осужден и провел годы в судебно-психиатрической больнице. Потом выяснилась его невиновность. Три профессора судебной психиатрии отметили, что, если, при содействии судебных психиатров, человек, отрицающий совершение им преступления, попадает в судебно-психиатрическую клинику, у него практически нет возможности оттуда выйти. Тот, кто отрицает, не может быть «излечен». Nils Duits: «Мы, психиатры, должны заниматься своим делом. Психическое здоровье подозреваемых – это наше дело, и о каком установлении причинной связи с деликтом может идти речь, если человек отрицает совершение им преступления. Обычно эксперт разбирает деликт вместе с подозреваемым, чтобы установить, как расстройство влияет на его мышление, чувства, действия и волеизъявление. Если он отрицает преступление, единственное, что вы можете отметить, это наличие у него психического расстройства. Ничего больше». Новый протокол не обязателен для исполнения эксперта, но «в случае отступления от него, психиатр обязан будет обосновать свои действия. Это возможно в исключительных случаях: при наличии обширного психиатрического анамнеза и большом количестве данных о деликте и поведении подозреваемого, и при условии, что вы переговорили с людьми из его окружения».

## **Психофармакология**

### ***Атипичные антипсихотики: правда и вымысел***

Уже с конца семидесятых годов клиницисты отметили ряд уязвимых сторон в действии классических нейролептиков: непредсказуемость наступления терапевтического эффекта, что фактически заставляет клиницистов пользоваться методом «проб и ошибок» при их назначении; довольно высокую частоту случаев нейролептической резистентности у больных шизофренией (порядка 20 – 30 % у впервые заболевших лиц) и тяжелый, нередко и необратимый характер некоторых побочных эффектов, в частности, поздней дискинезии. Последняя встречается у 5 – 45 % больных шизофренией, лечившихся нейролептиками. Клозапин (лепонекс) стал первым атипичным нейролептиком, поскольку он не вызывал экстрапирамидных побочных неврологических эффектов, что позволяло надеяться на снижение риска возникновения поздней дискинезии. Потом стало ясно, что этот препарат позволял добиваться терапевтического улучшения у больных, которые были резистентными к лечению традиционными классическими нейролептиками. Более того, со временем было отмечена его эффективность в отношении негативной симптоматики у больных шизофренией.

Так появилась группа новых нейролептических препаратов, названных «атипичными». В клинических исследованиях было установлено, что большинство их не уступает традиционным в плане устранения продуктивной психотической симптоматики, и превосходят последние в плане коррекции дефицитарных (негативных) расстройств.

Новые препараты значительно реже вызывают побочные экстрапирамидные эффекты либо не вызывают их вообще. Но безоговорочно принять положение о первичном антидефицитарном эффекте этих соединений пока еще рано. Правда, при прицельном анализе влияния препаратов на негативную симптоматику, как правило, удается обнаружить превосходство атипичных нейролептиков над классическими, но оно затрагивает лишь часть негативных симптомов.

Остается открытым вопрос о сходстве или различиях между отдельными представителями этой группы соединений. А различия есть. Так, рисперидон в наибольшей степени показан для лечения больных шизофренией с преобладающей симптоматикой галлюцинаторно-параноидного круга на фоне уже имеющейся негативной симптоматики в виде аутизма, отрешенности, недоступности, социальной дезадаптации и эмоционального снижения. На препарат хорошо реагируют такие симптомы, как бредовое восприятие, “голоса”, в том числе императивного характера, бредовые идеи воздействия на соматическую сферу и бред отнятия мыслей и влияния на чувства, влечения и желания. В меньшей степени препарат влияет на переживания отчуждения, хотя и в этих случаях может наблюдаться положительная динамика. Наконец, на такие признаки, как навязчивости и нарушения настроения (депрессия), препарат практически не влияет. Этим больным рисперидон противопоказан. Собственно, антинегативное действие рисперидона проявляется только в том, что больные быстро становятся более живыми и активными, у них возобновляется интерес к людям и событиям, исчезает недоступность. Больные становятся приветливыми, откликаются на события.

Побочные экстрапирамидные явления при лечении рисперидоном возникают лишь при высоком уровне доз — свыше 8 – 10 мг/сут. Рисперидон может с успехом применяться для преодоления терапевтической резистентности к традиционным нейролептикам, когда клиническая картина характеризуется застывшими состояниями вербального галлюциноза у так называемых “носителей голосов”, либо поблекшими, но сохраняющимися параноидными симптомокомплексами. При лечении подобных состояний уже в течение первых двух недель происходит своеобразное “разрыхление” инертной структуры психотических состояний, что проявляется иногда и в усилении бредовых и галлюцинаторных феноменов на фоне повышения активности больных, возбуждения при большей доступности и открытости. Подобное усиление психотических феноменов, однако, в последующем сменяется довольно быстрой их редукцией и исчезновением, что сопровождается продолжающейся нормализацией поведения больных.



Профиль психотропного эффекта оланзапина имеет некоторые отличия. Для него в первую очередь характерно наступление активирующего эффекта. При этом на первый план выступает доступность больных в плане своих психотических переживаний и лишь в последующем снижается выраженность бредовых и галлюцинаторных феноменов. К особенностям действия оланзапина следует отнести усиление аппетита, улучшении общего физического тонуса, нормализации цвета кожных покровов и повышении массы тела.

При этом есть положительная корреляция между увеличением массы тела (по крайней мере, до 3 кг) и наступлением терапевтического эффекта в первые недели лечения. Из этого следует, что препарат можно использовать для лечения больных с “нервной анорексией”. Оланзапин может применяться в довольно узком диапазоне доз — от 5 до 20 мг/сут. Существенно, что этого уровня доз достаточно для лечения больных с терапевтической резистентностью. В случаях выраженной депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики назначать оланзапин не следует, поскольку существует риск усиления этой симптоматики. Эффективность кветиапина (сероквель) установлена для доз, превышающих 300 мг/сут. К преимуществам препарата относится то, что он не вызывает ни побочных экстрапирамидных эффектов, ни гиперпролактинемии. Психотропная активность кветиапина включает довольно равномерное воздействие на весь психоз в целом. Антипсихотический эффект становится очевидным на 3 – 4 неделе и характеризуется как устранением продуктивной психотической симптоматики, так и уменьшением выраженности явлений негативного круга. Несомненно, что внедрение атипичных нейролептиков расширяет возможности терапевтического выбора при лечении больных шизофренией при снижении риска возникновения побочных эффектов, в том числе и необратимого характера.

MedBookAide

### ***Поздние антипсихотические психозы***

Антипсихотические препараты могут не только лечить, но и вызывать психоз. Подобного рода психоз, (называемый также психозом допамино-сверхчувствительности или "психозом отдачи") развивается при шизофрении после многолетнего приема допамин-блокирующих препаратов. Он представляет собой психическое расстройство, аналогичное двигательному расстройству при персистирующей дискинезии. Подобно тому, как такие дискинезии называют «поздними», проф.К.Шварц (США) обозначил эти психические расстройства, как «поздние психозы».

Имеется некоторое анатомическое разделение между допаминергическими проводящими путями, одни из которых отвечают за двигательную сферу (дорсальная часть стриатума), другие - за психическую сферу (вентральная его часть). Нежелательный эффект от нейролептической терапии поэтому двойкой: бывают поздние дискинезии без психоза, и наоборот, поздний психоз без дискинезии.. На первый взгляд, идея о роли антипсихотических препаратов в возникновении позднего психоза кажется абсурдной. Тем не менее такие психозы - - клиническая реальность. Более того, они хорошо известны всем психиатрам, если вспомнить клинику злокачественного нейролептического синдрома: его симптоматика практически неотличима от фебрильной шизофрении. Проф. Шварц не без оснований считает, что и хронические психозы часто на самом деле являются не обострениями болезни, а следствием приема антипсихотиков. Не всех, а тех из них, которые являются мощными допамин-блокаторами, приводящими к стойким изменениям в мозге. Как предупредить возникновение позднего нейролептического психоза? Назначать препараты, лишённые мощного допаминергического воздействия на мозг, например, такой, как кветиапин (сероквель). Действительно, кветиапин явно не вызывает развития позднего нейролептического психоза. Это делает его предпочтительным препаратом.

При возникновении подозрения на вероятность развития позднего нейролептического психоза надо уйти от лечения мощными допамин-блокаторами, назначить сероквель (здесь понадобятся особо высокие дозы), или дополнительные препараты, напр., литий,

антиконвульсанты. Надо быть особенно внимательным при длительном лечении допамин-блокирующими препаратами непсихотических состояний: пациент подвергается здесь риску развития стойкого нейролептического психоза. Это серьезное и инвалидизирующее заболевание. Лучше отказаться от сильных допамин-блокирующих антипсихотиков, или применять минимальные их дозы и очень постепенно их снижать перед отменой. Так можно избежать риска вызвать у своих пациентов тяжелое психическое и неврологическое расстройство.

Источник: по материалам публикации на сайте [www.psychoreanimatology.org](http://www.psychoreanimatology.org), перевод с английского А.И.Нельсона, (областная психиатрическая больница № 23, Наро-Фоминск)

## История психиатрии

### *Ислам и психиатрия*

Исламские науки о психике - «нафс». Этот термин в переводе с арабского имеет смыслы «душа», «психика», «внутреннее Я», «эго» и т.д. Исламская этика учит верующих более благожелательному отношению к душевнобольным, о чем свидетельствуют следующий аят: «Не отдавайте неразумным людям вашего имущества, которое Аллах сделал средством вашего существования. Кормите и одевайте их из него и говорите им слово доброе» (4:5). Этот аят Корана четко определяет отношение Ислама к психически больным людям. Аллах в нем указывает, что, несмотря на то, что эти люди недееспособны, нам следует обращаться с ними гуманно и окружать их заботой. Подобное гуманное и сочувственное отношение к психическому нездоровью привело к созданию первых психиатрических больниц в средневековом исламском мире еще с VIII века.

Первые психиатрические больницы были построены в Багдаде в 705 году, в Фесе – в начале 8 века и в Каире – в 800 году. Другие известные психиатрические больницы были построены в Дамаске и Алеппо в 1270 году. Уже на том, раннем этапе развития мусульманской науки, ученые понимали, что природа психических расстройств кроется в расстройствах работы человеческого мозга.

Одним из первых направлений психологических исследований в исламском мире явились исследования сна и сновидений. Этому были посвящены труды таких мусульманских мыслителей, как Абу Бакр Мухаммад ибн Сири (654-728), аль-Кинди (801-873), аль-Фараби (872-951). Аль-Кинди (801-873) был первым ученым, который начал в целях психотерапии использовать музыку. Он начал первым экспериментировать с музыкой, и впервые применил этот метод для лечения парализованного мальчика. Аль-Кинди (801-873) был первым ученым, который начал в целях психотерапии использовать музыку. Он начал первым экспериментировать с музыкой, и впервые применил этот метод для лечения парализованного мальчика. Аль-Кинди развивал также когнитивные (познавательные) методы борьбы с депрессией и побуждал людей к интеллектуальной деятельности и активности. аль-Фараби также занимался развитием музыкальной терапии в своем трактате, где он обсуждал лечебное воздействие музыки на душу.

Ибн Мискавайя (941-1030) в своих трудах дал психологические консультации по ряду таких вопросов, как страх смерти, удерживание себя от грехов и понятие нравственности. Ибн Сина первым описал такие явления, как бессонница, мании, кошмар, меланхолия, слабоумие, эпилепсия, паралич, инсульт, головокружение и тремор. Он посвятил их описанию три главы своего знаменитого «Канона медицины» (1020). Он определил безумия (араб. – «джу-нун»), как психическое состояние, в котором реальность подменяется фантазией, и обнаружил, что это расстройство сознания происходит в средней части мозга. Ибн Сина был также первым, кто разделил человеческое восприятие не только на пять внешних чувств (слух, зрение, обоняние, вкус и осязание), известные с древних времен, но и пять внутренних чувств, таких, как интуиция, инстинкты, намерения и т. д.

Другой видный ученый, аль-Газали, разработал разделение пяти внутренних чувств на здравый смысл, воображение, размышление, воспоминание и память. Он обнаружил, что в то

время как внешние чувства возникают на основе конкретных органов человека, то за внутренние чувства отвечают разные участки головного мозга.

Мусульманский врач ан-Найсабури (умер в 1016) начал исследования пациентов, страдающих галлюцинациями. Он попытался объяснить явление безумия и невменяемости через философию, а не через психопатологию, как это делали его современники. По его убеждению, в каждом человеке есть своя доля болезни, которая иногда может овладевать всем сознанием человека.

Источник: [www.islam.ru](http://www.islam.ru)

### ***Какими были психиатрические больницы в арабском мире***

В трехсотлетнем периоде расцвета мусульманской культуры (732-1096 г.г.), когда Средняя Европа пребывала в бедности, материальном и духовном убожестве, в арабских странах зрело и крепло уважение к наукам — математике, астрономии, химии, но особенно — к медицине. В Багдаде еще в IX веке были больницы общего типа, где велись записи наблюдений. В Дамаске больница славилась не только благодаря отличному содержанию больных, но и тем, что, окончив визитации, врачи, окруженные множеством слушателей, читали во дворе под деревьями лекции.

В Каире в 854 году была открыта больница с отделением для душевнобольных. Эмир Каира потратил на ее постройку и управление 60 тысяч динаров. Он сам каждую пятницу приезжал в эту больницу ревизовать врачей, смотреть кладовые, расспрашивать больных. Однажды он подарил яблоко одному душевнобольному по его просьбе. Больной же вдруг бросил это яблоко эмиру. Больного не наказали, но раздосадованный эмир после случившегося перестал туда ездить.

При лечении душевнобольных широко пользовались методами психотерапии. Так, Авиценна учил, что против слез и тоски необходимо применять в качестве лекарств развлечения, работу и песни, так как самая вредная вещь для умалишенного — страх и одиночество. Тоскливые состояния лечили также игрой в шахматы. Тогда использовались и жестокие методы лечения - например, каленым железом, но их применение при душевных болезнях осуждалось. Вообще в арабской психиатрии отсутствовали чрезмерно жестокие меры механического стеснения больных.

Мусульманский Восток, привыкший к пляшущим дервишам и пришельцам из соседней Индии — факирам, относился благодушно-терпимо к своим душевнобольным. Одно из психиатрических отделений в Каирской больнице просуществовало до XVIII века. Его видели французы при своем походе в Египет. Было оно тогда в запущенном виде, но там еще застали 50 больных, «не считая помешанных».

Источник: Ю.Каннабих. История психиатрии.

### **Нейробиология шизофрении: новые факты и открытия**

#### ***Ученые ищут генетическую основу шизофрении***

Пока она еще мало изучена. «Настоящего» гена шизофрении до сих пор не найдено. В Медицинском центре Утрехтского университета накоплен опыт, который показывает, что эта болезнь наследственно обусловлена на 75-80%. Интересно, что гены дофамина (с которым связывают действие существующих лекарственных препаратов) не играют ведущей роли при шизофрении. То есть, мы лекарствами воздействуем на систему, которая не является причиной болезни. Сейчас выявлены несколько участков ДНК, которые чаще встречаются у больных. Эти участки состоят из нескольких сотен генов. Около десятка из них могут быть вовлечены в развитие шизофрении. Проблема в том, что шизофрения - чрезмерно широкое понятие. С клинической точки зрения, можно говорить о разных болезнях с разной глубинной основой. Поэтому исследователи все больше нацелены на изучение пациентов со сходными симптомами. Возможно, в конце концов, придется вообще отказаться от концепции шизофрении, используемой сейчас. Например, некоторые симптомы редко

сочетаются друг с другом, и можно предположить, что здесь задействованы разные биологические механизмы.

### ***Недостаток серого вещества у больных шизофренией***

Открыт факт замедляющейся с возрастом потери серого вещества коры мозга у больных шизофренией. Оно теряется с возрастом и у здоровых, но у больных шизофренией это идет быстрее. К 50 годам скорость потери серого вещества у больных и здоровых уравнивается. Наибольшая разница наблюдается в возрасте до 29 лет, а наибольшая потеря происходит в возрасте 10-20 лет, после чего процесс замедляется. Параллельно у больных происходит увеличение объема третьего желудочка.

Источник: Neuroscience.ru

### ***N-ацетиласпартат (NAA) помогает предсказать течение шизофрении***

Его количество в мозге можно определить методом магниторезонансной спектроскопии. При отмирании нейронов уровень NAA снижается. Сниженный уровень NAA в начале заболевания шизофренией связан с последующим ухудшением симптомов. Кроме того, с ухудшением клинической картины заболевания коррелирует и соотношение NAA/креатин в префронтальной коре мозга. Это позволяет прогнозировать последующее течение болезни. Низкое соотношение NAA/Cr уже используется медиками в качестве маркера нейрональной дисфункции. Ранее уже было известно, что сокращение количества NAA в префронтальной коре при хронической шизофрении связано со снижением когнитивных способностей, большей продолжительностью болезни и ухудшением негативной симптоматики. NAA считается маркером нейронального здоровья, и снижение его уровня происходит в тех областях мозга, где происходит потеря нейронов. У таких пациенты и последующая реакция на терапию, и ход болезни оказываются хуже.

Источник: [www.schizophreniaforum.org](http://www.schizophreniaforum.org).

### ***Почему шизофрения запускается в переходном возрасте?***

Дэвид Льюис, известный исследователь нейробиологии шизофрении, получивший за свои работы почетный приз Либеры, полагает, что это заболевание связано с тем, что в переходном возрасте обнажаются мозговые нарушения, возникшие гораздо раньше - еще во внутриматочном или перинатальном периоде. Особенный масштаб таких нарушений - в клетках префронтальной коры мозга. Там нарушается функционирование особых нейронов-канделябров. Это подтип ГАМК-ергических нейронов, которые называли «канделябрами» за характерную форму ответвлений аксонов.

Оказалось, что только эти клетки-канделябры имеют входной доступ к пирамидальным нейронам префронтальной зоны. В пубертате тормозной контроль клеток-канделябров над пирамидальными клетками обычно усиливается. При шизофрении активность нейронов-канделябров резко усиливает торможение пирамидальный нейронов коры и приводит к нарушениям рабочей памяти. Дело в том, что эта болезнь особенно отражается на пирамидальных клетках третьего слоя коры, а при шизофрении именно в этом слое число «возбудительных» пирамидальных нейронов и их соединений снижено. Остается открытым вопрос, происходит ли это в силу чрезмерного прунинга (прореживания нейронов) или синапсов здесь изначально сформировано меньше, а прунинг еще больше сокращает их количество. Если это отражает ранний процесс, то человек еще до развития болезни будет иметь нарушения синаптических функций без клинических проявлений: оно компенсируется избыточным количеством синапсов, характерным для детей.

Кроме того, в пубертатном периоде вновь запускается прунинг, который может оказаться избыточным и в результате утрачивается способность к компенсации. Эта гипотеза (хотя и несколько механистически) объясняет появление клинического синдрома когнитивного дефицита по завершении пубертата отклонениями в прунинге, нарушающими нормальную

работу мозга. Следует отметить, что на доклиническом уровне когнитивные нарушения могут наблюдаться у детей и с самого раннего возраста, за долгие годы до клинической манифестации болезни. Можно ли мы усилить ГАМК-ергические сигналы в начальном сегменте аксона пирамидальной клетки, чтобы предотвратить развитие когнитивного дефицита?

Если удастся найти такую «фармацевтическую серебряную пулю», результатом будет глобальное улучшение когнитивной функции, отражающееся на повседневной жизни пациентов. Испытания уже ведутся. Окажется ли эта конкретная молекула полезной в клинической практике, пока неизвестно. Можно лишь сказать, что эта новая молекула относится к бензодиазепинам, воздействующим на ГАМК-рецепторы. Целью подобных препаратов раньше была терапия эпилепсии, а не шизофрении. Те же бензодиазепины, которые применяются сегодня, хотя и могут принести некоторую пользу в терапии шизофрении, но их отрицательные когнитивные эффекты слишком велики.

Источник: Neuroscience.ru

### ***Новые подходы к лечению шизофрении***

При шизофрении отмечено нарушение функций глутаматного (NMDA)-рецептора. В префронтальной коре мозга эта дисфункция проявляется избыточным выделением глутамата и допамина. Это дало основания предположить, что одним из методов лечения шизофрении может стать активация выброса глутамата. Как установили исследователи из Джорджтауна, этого можно добиться, влияя на те рецепторы, которые тормозят выброс глутамата. Активации этих нейронов способствует N-ацетиласпартилглутамат (NAAG). Поставлен задача: усилить влияние этого вещества. Сделать это удалось, затормозив процессы его разрушения. Такой препарат уже разработан (условно назван ZJ43). Он действительно смягчает шизофреноподобное поведение в моделях шизофрении на животных. На людях применять его пока нельзя. Сходный подход, также нацеленный на NAAG-активируемые рецепторы, был избран фармацевтической компанией Eli Lilly. Там создано лекарство, которое активирует те же рецепторы. Оно оказалось эффективным в лечении шизофрении и это было доказано в ходе клинических испытаний. «Данные по молекуле от Lilly впечатляют. Оно полностью оправдывает наш подход к разработке нового лекарства от шизофрении» - говорит Нил, исследователь компании.

### ***Атипичи активируют деметилирование ДНК в мозге***

Как шизофрении, так и биполярному расстройству свойственна кортикальная дисфункция, которая может быть связана с гиперметилированием продуцентов ГАМК-ергических генов (например, рилина и GAD67). Выяснилось, что клинически адекватные дозы клозапина (азалептин) и сульпирида (эглонил), но не галоперидола или оланзапина вызвали дозозависимое усиление кортикального и стриатного деметилирования гиперметилированных рилина и GAD67. Такое действие клозапина и сульпирида было серьезно усилено клинически адекватными дозами вальпроата. Возможно, активация ДНК-деметилазы при сочетании клозапина или сульпирида с вальпроатом способна подтолкнуть хроматин гена к смене конфигурации, что ведет к нормализации продуктов ГАМК-ергических генов в противовес обнаруживаемому при шизофрении и биполярном расстройстве подавлению их экспрессии.

Источник: Neuroscience.ru

### ***Лечение шизофрении надо начинать как можно раньше***

Установлено, что с ухудшением состояния первичных больных связано количество времени, которое они проводят без лекарственной терапии. Такая корреляция наблюдается даже через четыре года после начала болезни. У пациентов с длительным периодом нелеченного психоза ниже вероятность ремиссии, их уровень функционирования также был ниже, а

признаков психопатологии было больше. Поэтому так важно как можно более ранее терапевтическое вмешательство при шизофреническом психозе. Это смогли установить ученые Дублинского Университетского Колледжа.

Источник: Neuroscience.ru

### ***Лечение биполярного расстройства с быстрыми циклами***

К быстроциклическим биполярным расстройствам относят случаи, когда у пациента наблюдается более 4 эпизодов мании, депрессии или смешанного состояния за последний год. Они могут быть разделены периодом ремиссии не менее двух месяцев, либо могут завершаться инверсией аффекта. При этом каждый депрессивный эпизод должен иметь продолжительность не менее двух недель, каждый маниакальный или смешанный эпизод – не менее одной недели, каждый гипоманиакальный эпизод – не менее четырёх дней. В литературе описаны случаи даже с 48-часовым циклом. Поэтому существуют понятия «ультрабыстрых» циклов (4 или более аффективных фаз в течение одного месяца), «ультрадианных» циклов (более 4-х эпизодов инверсий фазы в течение недели) и «ультраультрабыстрых» циклов (смена аффекта в течение суток). Течение быстрыми циклами всегда рассматривалось как клинический маркер неблагоприятного индивидуального прогноза. Здесь низка курбельность, особенно при применении лития, плохая комплаентность.

У большинства таких больных выявляется склонность к алкоголизации или к токсикомании. Для них характерен крайне низкий уровень социально-трудовой адаптации, большую часть своей жизни они проводят в лечебных учреждениях. Заболевание это бывает чаще у женщин, начинается относительно поздно, с депрессивной фазы. При этом нередко обнаруживается органическая мозговая недостаточность, нарушения ЭЭГ, включая латентную пароксизмальную активность. Как лечить? Препаратами первого выбора являются нормотимики. Когда доминирует маниакальная симптоматика, показаны карбонат лития и вальпроат натрия. При этом, однако, следует учитывать, что литий, в отличие от антиконвульсантов, в этих случаях недостаточно эффективен.

При преобладающей депрессивной симптоматике показаны карбамазепин и ламотриджин. Вообще при быстрых циклах приоритет остаётся за карбамазепином, вальпроатом и ламотриджином, их лечебное действие развивается быстрее, эффект стабильный со становлением ремиссии уже в первые 3 месяца лечения карбамазепином, а при терапии вальпроатом натрия еще раньше – через 1–2 месяца. Препараты несколько различаются не только по скорости действия, но и по характеру редукции циркулярности. При применении солей лития чаще бывает литический вариант редукции расстройств, в то время как при лечении антиконвульсантами — чаще критический, причем критический обрыв приступа при применении вальпроата натрия отмечается в два раза чаще, чем при лечении литием. Но для карбоната лития характерна постепенная и гармоническая редукция симптоматики. А при применении антиконвульсантов редукция симптомов довольно часто дисгармоническая, с неравномерным обратным развитием отдельных компонентов клинической картины, нарушением целостности циркулярной триады и даже появлением на первом плане рудиментарной бредовой, сенесто-ипохондрической или астенической симптоматики. Надо знать и еще о некоторых особенностях терапии быстрых циклов. Карбонатлития: может приводить к временному учащению рецидивов, но в последующем, на протяжении года, они постепенно редуцируются. Карбамазепин: к 3–4-й неделе он может приводить к усилением циркулярной симптоматики (чаще маниакального полюса), что требует увеличения дозы препарата, и это обеспечивает постепенное затухание обострения. Ламотриджин: обладает выраженным нормотимическим действием при наиболее злокачественном варианте течения биполярного расстройства с быстрой сменой фаз, особенно при биполярном расстройстве 2 типа (что, вероятно, связано с его большей эффективностью в отношении депрессивных, а не маниакальных фаз).

Это очень важно, так как частота депрессивных эпизодов при биполярном расстройстве может в 2–3 раза превосходить частоту маниакальных. В случаях резистентности к терапии нормотимиками-антиконвульсантами обрыву быстроциркулярного течения показано применение электросудорожной терапии, которая, кстати, способствует и последующему более эффективному применению препаратов нормотимического ряда (исключая литий). Обрывающий эффект ЭСТ более вероятен у больных с отсутствием признаков органически мозговой недостаточности, при меньшей длительности заболевания и периода собственно континуального течения болезни, а также при наличии отчётливых ремиссий между эпизодами, преобладании депрессивных фаз и большей их выраженности по сравнению с маниакальными. Что касается применения атипичных неролептиков, то положительные результаты наблюдались, главным образом, при применении оланзапина. Есть данные о возможности обрыва быстроциркулярного течения путем присоединения к нормотимикам кветиапина, клозапина и рисперидона, однако они требуют подтверждения.

Итак, алгоритм действий при лечении быстрой циркулярности должен быть таким:

- 1) Отмена всех антидепрессантов, особенно трициклических, даже в депрессивной фазе; 2) Назначение нормотимиков: предпочтение должно отдаваться антиконвульсантам.
- 3) При неэффективности первого назначенного нормотимика необходимо решить вопрос о смене нормотимика или проведении ЭСТ с последующим возвратом к нормотимической терапии.
- 4) В случае отсутствия эффекта комбинированной нормотимической терапии у возможно введение в схему заместительных доз тиреоидных гормонов (L-тироксина или трийодтиронина) — у эутиреоидных пациентов.
- 5) Если и в этом случае нет эффекта, доза L-тироксина постепенно увеличивается под контролем содержания гормона Т4 до уровня, превышающего нормальное его содержание не более чем на 150 %;
- 6) При отсутствии эффекта попытаться использовать блокаторы кальциевых каналов.
- 7) Если и тут не будет результата, следует глубоко осознать сложность стоящей терапевтической задачи и ждать — но не более 4-х месяцев, после чего вновь интенсифицировать лечение.

Успех может принести:

- а) увеличение доз нормотимика до максимально переносимых,
- б) присоединение второго нормотимика,
- в) смена нормотимика (его надо менять при отсутствии эффекта терапии на протяжении периода времени, равного 3 циклам или 6 месяцам);
- г) назначение атипичных антипсихотиков. В этот сложный для пациента и врача период «терапии прикрытия» должны быть бензодиазепиновые транквилизаторы, которые в инъекционных формах позволяют в большинстве случаев контролировать психомоторное возбуждение при мании или выраженную тревогу при депрессии — и избегать назначения традиционных нейролептиков и антидепрессантов. Любая терапия, увеличивающая риск инверсии фазы у больных с быстрыми циклами, является ошибочной. Ошибкой является и назначение на длительный срок мощных классических нейролептиков: они способствуют развитию затяжных адинамических депрессий, а хроническая экстрапирамидная симптоматика, вызванная их длительным применением часто становится причиной инвалидизации пациентов.

Источник: В.Я.Евтушенко (по материалам журнала «Современная терапия психических расстройств», № 1, 2008)

### Юбилей

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

**Юбиляры сентября**

Чуть больше 25 лет со дня рождения

1 сентября — Валентина Павловна КОРШИКОВА — главный врач Мытищинского психоневрологического диспансера.

4 сентября — Татьяна Юрьевна БОРИСОВА — зав. отделением Черногрязской психиатрической больницы (Солнечногорский район).

24 сентября — Вера Дмитриевна АБРАЩИНА — врач-психиатр районного психиатрического кабинета (г. Серебряные Пруды).

**55 лет со дня рождения**

10 сентября — Александр Васильевич ЧИСТЯКОВ — врач-психиатр областной психиатрической больницы № 5 (Хотьково)

**70 лет со дня рождения**

28 сентября — Константин Прохорович ГАЕВСКИЙ, врач-психиатр психиатрической больницы № 19 (Домодедово)

**Юбилеи предстоящие**

5 октября — Онищенко Владислав Владимирович — врач психиатр-нарколог Раменского психоневрологического кабинета.

7 октября — Казначеев Виктор Никифорович — врач-психиатр психиатрической бригады скорой помощи, г. Химки.

15 октября — Казаков Михаил Станиславович — канд.мед.наук, врач-психиатр Шатурской психиатрической больницы № 11.

19 октября — Ромашов Юрий Викторович — зав. Отделением Солнечногорского ПНДО.

21 октября — Юрин Евгений Николаевич — врач-психиатр Люберецкого психоневрологического диспансера.

28 октября — Зюкина Вера Дмитриевна — зав. Отделением областной психиатрической больницы № 23 (Наро-Фоминск)

**Уголок юбиляра****Как дожить до 100-летнего юбилея**

Умный человек живет в среднем на 15 лет дольше. Основываясь на результатах последних исследований, ученые пришли к выводу, что человек может продлить свою жизнь, если включает «ген мудрости». Этот ген отвечает за выработку особого фермента, который удаляет свободные радикалы. Ученые смогли проследить связь между составом гена мудрости и продолжительностью жизни. Проф. Пассарино, руководитель этих исследований, считает, что «Культурно обогащенная жизнь, насыщенная чтением и умственными нагрузками будет длиться дольше унылого существования».

Источник: Правда.ру

От редакции: По нашему мнению, чтобы жить долго, достаточно совсем немного: регулярно читать «Московскую областную психиатрическую газету».

**Юбилейный стол невозможен без мяса и рыбы**

Ученые из Оксфордского университета в результате полугодовых исследований пришли к выводу, что отсутствие на столе таких продуктов, как мясо (в особенности печень), молоко и рыба приводит к нехватке в организме некоторых крайне важных веществ и витаминов, и прежде всего - витамина В12 животного происхождения. Его нехватка ведет не только к анемии, но и к повреждениям центральной нервной системы. Нехватку этого вещества



можно отчасти восполнить за счет дрожжевого экстракта, который может присутствовать в напитках. Это особенно важно в возрастной группе 61-87 лет. Без мяса и рыбы здесь наблюдается снижение мозговой активности, ухудшение памяти, кроме того на томограммах были зафиксированы снижения массы и объемов головного мозга. Помимо этого, ученые проанализировали головной мозг любителей пива и людей, предпочитающих вино. Оказалось, что пиво наносит меньше вреда головному мозгу. Так, гипоталамус был в среднем на 10% по размерам меньше у любителей вина, в сравнении с любителями пива.  
Источник: MIGnews.com, www.medlinks.ru

### ***Как заснуть после юбилея***

Если от избытка впечатлений не спится, надо поработать с ушами. Приложите к ним центры ладоней на 3-5 минут. Потом сложите пальцы, как для щипка, и неторопливо, тщательно промассируйте края ушных раковин, начиная с мочек. Снова прижмите центры ладоней к ушам. Проведите массаж, вращая ладони по часовой стрелке и против. Некоторое время уши будут «гореть». Это хорошо. Но если сна все же нет, то надо лечь на низкую подушку или просто на постель. Руки сомкните над головой в кольцо, чтобы каждая ладонь плотно обхватывала локоть другой руки. Через 20-30 минут опустите руки вдоль тела и сложите в слабые, неплотно сжатые кулачки. Представьте, что в них сгорает все плохое, тревожащее вас. Полежите так, не двигаясь, и сон придет. Перед самым засыпанием постарайтесь почувствовать все свое тело. Мысленно четко и ясно дайте ему команду «восстановление». Затем очень медленно, глубоко вдохните, задержите дыхание и – спокойной ночи! Если это не помогает и заснуть не удастся, значит, организму не хватает кислорода, необходимого для переваривания праздничного ужина. Сосредоточьтесь на дыхании. Цепочка такая: вдох – задержка дыхания – произвольный выдох – снова вдох. В кровь поступит больше кислорода и утром вы проснетесь бодрым и хорошо отдохнувшим. Если не помогает и это — значит, пора на работу.

Источник: Правда.Ру

### ***После юбилея — в солнечный круиз***

У пожилых людей, чаще бывающих на солнце, вероятность депрессии ниже, чем у их сверстников, сидящих дома. Об этом свидетельствует исследование, выполненное учеными Свободного университета Амстердама на материале 1282 пожилых лиц. Воздействие солнечного света на кожу повышает в крови уровень витамина

D. Как оказалось, этот витамин снижает вероятность депрессии. Исследование показало, что у пожилых людей, страдающих депрессией, уровень витамина D в крови был на 14% ниже, чем у их сверстников, не страдающих депрессией. Профессор биологической психиатрии Witte Hoogendijk: «Прогулки, езда на велосипеде, походы по магазинам и любые занятия на свежем воздухе в солнечный день могут снизить риск депрессии. Среди лиц в возрасте от 55 до 85 лет депрессией страдает около 13%. Особенно тяжело переносятся юбилейные хлопоты.

### ***Ослабление памяти может быть признаком мудрости***

Если, отмечая свой юбилей, вы не можете вспомнить имена своих гостей, не думайте, что вы стали хуже соображать. В последнее время появляется все больше исследований, которые опровергают такое предположение. На самом деле, как обнаружили ученые, с возрастом мозг просто начинает воспринимать меньше информации и ради долгосрочной выгоды отсеивает лишние данные. Это не болезнь Альцгеймера. У большинства пожилых людей, как утверждают авторы, изменяется фокус внимания – им становится труднее зафиксировать конкретный факт вроде имени или номера телефона. Иногда это доставляет неприятности, однако часто такое даже полезно. «Возможно, рассеянное внимание не такая уж плохая вещь, – говорит Шелли Карсон, психолог из Гарвардского университета. – «Широкий круг

внимания позволяет пожилым людям узнать о ситуации в целом больше, а также по косвенным признакам понять суть происходящего лучше, чем молодым, – объясняет другой исследователь, доктор Хэшер. – Мы полагаем, что данная особенность в значительной степени объясняет, почему мы считаем стариков более мудрыми». Новые данные очень укладываются в наше понимание того, что такое мудрость. Когда пожилые люди получают информацию о некоей ситуации, они способны соединить эти данные со своим более значительным запасом общих знаний, и это дает им явное преимущество перед молодыми».

Источник: Inopressa.ru