

НОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

БОЛЬНИЦА

№ 7-8
2000

**НАУКА
И ПРАКТИКА**
Кафедра
нервных
болезней ФПО
ММА им.
И. М. Сеченова

СТР. 4-13

ЛЕКАРСТВА
Препараты для
лечения
неврологических
заболеваний

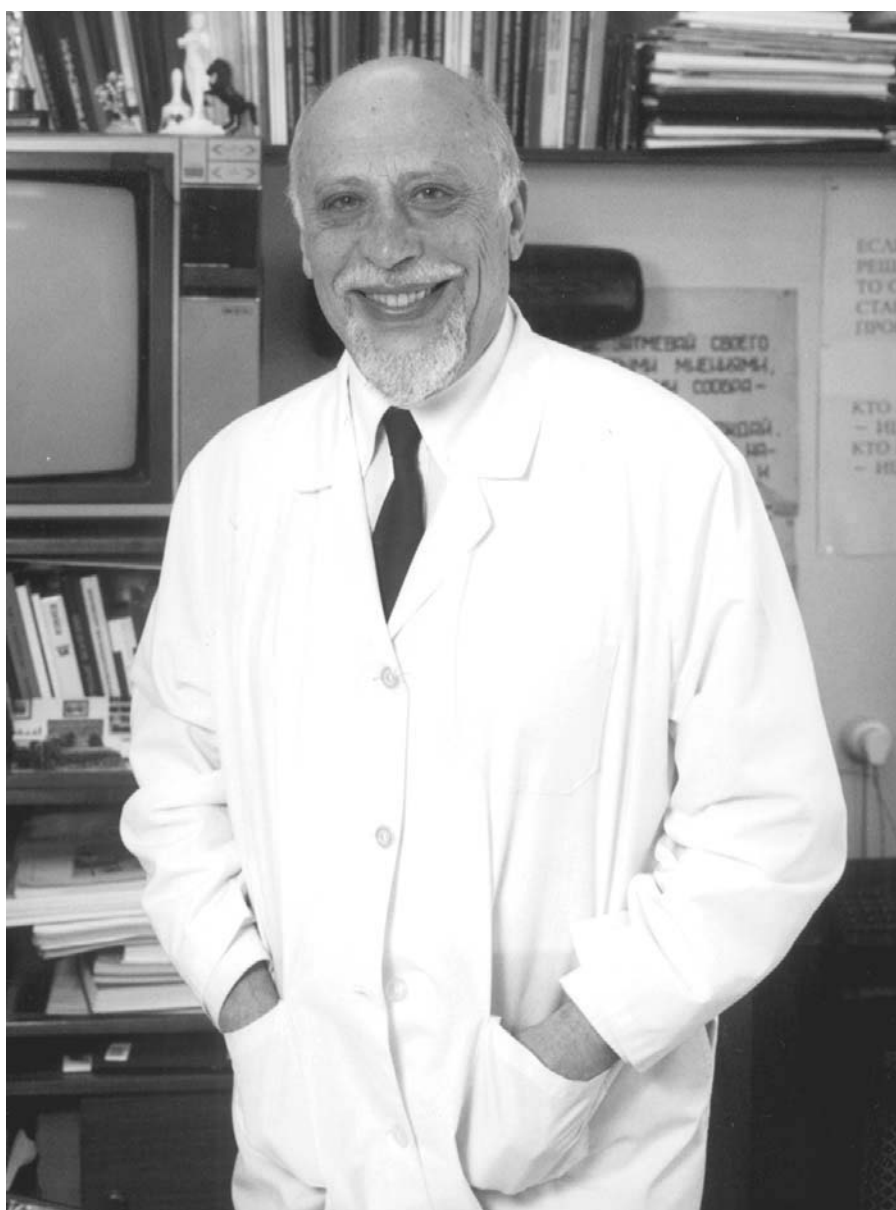


ЮНИФАРМ

СТР. 14-17

Сигизмунд
Кржижановский
**Боковая
ветка**

СТР. 18



Александр Вейн:

«Идея «нервизма» одна из синтезирующих, она не исключает ни биохимии, ни генетики, она не претендует на единственность, но это один из путей интеграции в понимании природы всех болезней человека».

НОВОСТИ

ИНСТИТУТУ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н. В. СКЛИФОВСКОГО – 190 ЛЕТ. П О З Д Р А В Л Я Е М !



Невозможно сосчитать, сколько страждущих видели эти стены за время своего существования и сколько врачей и медицинских сестер десятилетиями изо дня в день приходили сюда на работу! Только одно перечисление светил отечественной медицины займет не одну страницу. Те, кто работает здесь, сегодня не могут не ощущать присутствия этого огромного наследия, могучего фундамента, лежащего в основе непреходящего авторитета «Склифа». Высокую планку коллектив старается держать.

В интервью нашей газете главный врач института как-то сказал: «Когда к нам приходят врачи из других институтов и клиник, они долгое время к самостоятельным дежурствам не допускаются – нужно время, чтобы войти в наш ритм. К примеру, только операции по поводу огнестрельных ранений приходится делать от трех до восьми ежедневно. Не хочу обижать другие больницы – там есть хирурги не хуже, но для работы с такими пациентами, как наши, нужна специальная подготовка».

Можно добавить – и подготовка специальная, и люди непростые.

В дни юбилеев принято предаваться воспоминаниям. И так, что было в начале? В начале была просьба. Прасковья Ивановна Шереметева попросила своего мужа, графа Николая Петровича, превратить дворец, строительство которого тянулось уже около 10 лет и который, по правде говоря, им был ни к чему, в благотворительное заведение – приют для неимущих увечных и больных. Когда она первый раз высказала эту мысль, Николай Петрович, наверное, пропустил ее мимо ушей. Но когда горячо любимая жена неожиданно скончалась от скоротечной чахотки, а в ее завещании прозвучала та же просьба – сомнения ушли прочь, и он начал перестройку. Да, такой поворот событий в 1803 году был возможен.

Прасковью Ивановну похоронили в Александро-Невской лавре, на могильной плите выбили эпитафию:

*Храм добродетели
Душа ее была,
Мир, благочестие и вера
В ней жила.
В ней чистая любовь,
В ней дружба обитала...*

Поздравляя коллектив «Склифа» с юбилеем, желаем ему быть первым среди первых и по лечебной, и по научной работе, и чтобы по части финансирования здесь все было отлично. И чтобы пациенты, вспоминая своих спасителей, могли сказать: «Храм добродетели душа у них была, мир, благочестие и вера в ней жила. В ней чистая любовь и дружба обитала...»



В Москве состоялась презентация Южно-Египетского фармацевтического предприятия «СЕДИКО» (SEDICO, South Egypt Drug Industries Co., A. R. E.). Управляющий директор и Председатель Совета Директоров – Доктор Ахмед Али Абул-Энайн.

Этот завод был построен десять лет назад одной из лучших международных компаний в области промышленного строительства в фармацевтике – германской фирмой «Фарма Консуль». Технология его производства соответствует всем международным стандартам и нормам защиты окружающей среды. Один из крупнейших акционеров «Седико» – компания «Органон» (Нидерланды). Большое внимание специалисты компании уделяют научным исследованиям в области фармакологии. Более 70% препаратов создано по их разработкам, а остальные выпускаются по лицензиям ведущих фармацевтических компаний.

«Седико» производит препараты более 100 наименований. В России в числе первых зарегистрированы не только известные и хорошо зарекомендовавшие себя средства – ацетилцистеин, пироксикам, ранитидин, ацикловир, но и оригинальные препараты и БАД.

Почти все препараты «Седико» имеют новейшую лекарственную форму – шипучие быстрорастворимые гранулы, которые обеспечивают высокую биодоступность и эффективность.

Представительство «Седико» в Москве приглашает к сотрудничеству все заинтересованные организации. Его адрес: 125167, Москва, Нарышкинская аллея, д. 5. Тел.: (095) 213 2828, тел./факс: (095) 214 2842.



Общественный благотворительный фонд поддержки здравоохранения «Здоровье» провел в Рахманиновском зале Московской государственной консерватории торжественную акцию передачи средств, вырученных от проведения благотворительных концертов российских исполнителей классической музыки в Японии. Средства, предназначенные для лечения детей больных туберкулезом, передала известный общественный деятель Японии, Президент компании «Нипрос» госпожа Мицуру Итахаси.

Общественный благотворительный фонд «Здоровье» был организован три года назад. За это время им накоплен большой опыт работы с гуманитарной помощью. Только за последний год Фонд ввез и распределил, в соответствии с разнарядками Минздрава России, лекарственные средства на сумму, превышающую 50 миллионов рублей. Они были направлены в 563 лечебно-профилактических учреждения 26 регионов России. Общее число больных, получивших помощь, составило более 38 тысяч человек.

Фонд «Здоровье» открыт для сотрудничества и приглашает коллег к совместному участию в новых проектах. Контактный телефон: 956 8281.

ШАГ ВПЕРЕД, ДВА ШАГА НАЗАД?

На расширенном заседании Советов ассоциаций «Росмедпром» и «Росфарма», помимо руководителей предприятий-производителей медицинской продукции и представителей торгующих фармацевтических организаций, присутствовали председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья и спорту Н. Герасименко и председатель подкомитета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии В. Черных. Обстоятельства, заставившие участников экстренно собраться, действительно тревожные: по их мнению, принятие окончательной редакции Налогового Кодекса РФ, может негативным образом сказаться на качестве лекарственного обеспечения россиян. Ограничение числа медицинских товаров, имеющих льготы по налогообложению, приведут не только к скачку цен, уже сегодня обременительных для большинства населения, но и, как следствие – к ухудшению финансового состояния отечественной медицинской промышленности. Производство медикаментов, не имеющих льгот, естественно, будет сокращаться, замедлится процесс освоения новинок и техническое перевооружение предприятий.

Между тем медицинская промышленность России, несмотря на колоссальные трудности, сумела сделать шаг вперед – расширилась номенклатура выпускаемых лекарств, разработан ряд современных промышленных технологий, объем производства в 1999 году, впервые за семь лет, превысил объем импорта. Поправки к Налоговому Кодексу, появившиеся во втором чтении, могут свести на нет эти результаты.

Участники совещания обратились к Председателю Государственной Думы Федерального Собрания РФ Г. Н. Селезневу с письмом, в котором обосновали необходимость внесения изменений в проект Федерального Закона «О налоге на добавленную стоимость».

Услышат ли законодатели это обращение?

Редакция газеты «Больница» начинает совместный проект с Всероссийским учебно-научно-методическим Центром по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Цель проекта – содействовать развитию и совершенствованию педагогической деятельности высших и средних образовательных медицинских учреждений, непрерывной подготовке и переподготовке кадров для отечественного здравоохранения.

Мы будем сообщать об изменениях в базовых образовательных стандартах, учебных программах, методических руководствах, о выходе новых учебников, пособий, монографий, рассказывать о семинарах, учебных циклах, конференциях и других мероприятиях, которые проводятся не только в столице, но и в различных регионах России и за рубежом.

Выступить в рубрике «Кафедра» мы приглашаем ректоров, деканов, руководителей клиник, организаторов здравоохранения, специалистов медицинских центров и фармацевтических компаний – всех тех, кому есть что сказать о проблемах и возможностях медицинского образования. Мы готовы опубликовать информацию о новых проектах, планах, коммерческих предложениях, интересных для тех, кто собирается учиться или совершенствоваться в медицинской специальности.

Контактные телефоны: Редакция газеты «Больница» 465 4854, ВУНМЦ МЗ РФ 963 8306.

НАУКА И ПРАКТИКА



Клиническая больница № 33 им. А. А. Остроумова, одна из старейших московских больниц, известна своими замечательными традициями тесных связей науки и практики. Она является базой кафедр ММА им. И. М. Сеченова и Московского медицинского стоматологического Университета. О пользе такого сотрудничества рассказывает главный врач – Сергей Владимирович Колобов:

– Коллективы кафедр, пришедшие в больницу и возглавляемые известными в России учеными, вещь крайне важная, и она служит главному: повышению уровня, качества медицинского обслуживания. Восемь лет назад больница стала клинической базой кафедры нервных болезней ФПО ММА им. И. М. Сеченова, которой руководит известный невролог А. М. Вейн. Помимо неврологической клиники нам удалось создать специализированную вегетологическую клинику и сомнологический центр. Все это было сделано впервые в России. Эти центры обеспечивают специализированную помощь при заболеваниях, которые являются массовыми. И вегетативные расстройства, и нарушения сна имеются почти у каждого второго человека. Конечно, организованные центры не решают проблемы в целом. Таких центров должно быть много, поэтому мы надеемся, что, отработав определенные принципы, проверив их на практике, сможем готовить специалистов такого профиля, «тиражировать» этот опыт. Нам совершенно очевидно, какую роль играют эти центры для полноценной деятельности многопрофильной больницы. Мы не сомневаемся, что подобные специализированные центры станут со временем подразделениями областных и крупных городских больниц. Комитет здравоохранения Москвы приложил много усилий для создания городских вегетологического и сомнологического центров. По прошествии восьми лет мы пожинаем плоды этих усилий и понимаем, что идем верным путем в деле приближения специализированной помощи населению.

Известный ученый, уникальный клиницист и создатель одной из лучших отечественных школ специалистов-неврологов. Доктор медицинских наук, профессор, член корреспондент РАМН, заведующий кафедрой нервных болезней ФППО и руководитель Лаборатории патологии вегетативной нервной системы ММА им. И. М. Сеченова, президент Российской Ассоциации по изучению головной боли, член правления Европейской Ассоциации по изучению головной боли, почетный член международных научных обществ. Вот далеко не полный перечень заслуг и званий нашего собеседника А. М. Вейна, главного героя этого номера газеты «Больница».

АЛЕКСАНДР ВЕЙН: Наука – это вопрос природе, который надо четко сформулировать

– Александр Моисеевич, вы невролог с 50-летним стажем, на ваших глазах и с вашим участием проходило становление нейронауки. Что представляет собой сегодня неврология, какие изменения во взглядах на эту патологию произошли за последние годы?

– Революционные достижения неврологии пришлось на последние 25 лет уходящего века. Все решительно изменилось, неврология сегодня совершенно иная. Сейчас мы живем врачебной и научной жизнью, какую наши учителя не могли себе даже представить. Они росли на морфологии, то есть, для понимания природы болезни, а также и окончательной диагностики им приходилось пользоваться клинико-патологическими сопоставлениями. Сейчас различные методы нейровизуализации (КТ, ЯМР, ПЭТ) позволяют прижизненно исследовать головной и спинной мозг человека, клинико-морфологический анализ стал обыденной нормой прижизненного изучения больного.

Во-вторых, развитие нейрофизиологических методов исследования, позволяющих оценить функционирование головного и спинного мозга, основных двигательных и чувствительных проводящих путей, состояние периферических нервов и мышц. В-третьих, развитие биохимии. В-четвертых, – нейрогенетика. Я начал во времена, когда боялись произносить это слово. Великий генетик-невролог Сергей Николаевич Давиденков, с которым я был знаком, во время этих гонений не мог произносить слова и мысли, с которыми он вошел в историю науки. Ну и, конечно, очень большой рывок сделала фармакология, в том числе нейро- и психофармакология.

Развитие всем этим направлениям нейронауки дали не только компьютерные, электронные и биохимические технологии, главное – развитие идей, научных теорий и методов. Все новации рождались и разрабатывались учеными разных стран, складывались по крупицам. Не случайно последние 10 лет

века были обозначены как «Декада мозга». Внесли свой вклад и российские ученые. Россия ведь это особая страна: Левша мог родиться только у нас! Он подковал блоху. Зачем? Именно потому, что высокие технологии к нам нередко приходили с опозданием, развивалась особая ментальность, другие, и часто необычные, подходы в научных изысканиях. В хорошем смысле они иногда носят доморощенный характер и не всегда воспринимаются западными коллегами.

– Что отличает работу ученых вашего центра от работы ваших коллег, других НИИ и кафедр?

– Мы занимаемся всей неврологией, начиная от мозгового инсульта и заканчивая тем, что раньше называлось радикулитом или люмбаго. Но мы разработали ряд оригинальных подходов, которые позволяют нам рассматривать традиционные неврологические проблемы как бы в новом освещении. Во-первых, нам удалось создать особую область неврологии, которая называется неврология неспецифических систем мозга. Что это такое? В нервной системе первым был изучен пирамидный путь – двигательный путь от коры до мышцы. Потом исследовались зрительные пути, слуховые пути, пути, которые идут от кожи, от мышц к мозгу. Этот комплекс обозначим как специфическую нервную систему. Но в мозге – в стволе, в височной доле, в гипоталамусе – есть загадочные образования, назначение которых затруднялось определить даже великий Бехтерев. Их можно объединить в так называемый лимбико-ретикулярный комплекс – неспецифические системы мозга. Пример. Вот у нас есть вегетативная нервная система – она регулирует деятельность внутренних органов. Есть система, которая обеспечивает движение, есть система, которая обеспечивает зрение. А для того, чтобы человек жил, чтобы я мог разговаривать с вами, все эти системы должны гармонично



взаимодействовать. Это взаимодействие обеспечивает нам полноценную адаптацию к изменяющимся условиям внешней среды и позволяет осуществлять жизненные программы. Многие болезни возникают из-за того, что в организме человека нарушены интегративные неспецифические соотношения. Неврология неспецифических систем исследует вегетативные и нейроэндокринные расстройства, нарушения памяти, сна, эмоций.

– Таким образом вы вторгаетесь в зоны, где действуют врачи других «узких» специальностей...

– Неврология для меня не узкая, а базовая специальность. У нее есть объединяющая идея – нервизм. Вот тот отечественный нервизм, сеченовский, павловский, который утверждает роль нервной системы в развитии различных форм патологии. Невролог занимается отнюдь не только «чистыми» болезнями нервной системы, но и многими нервно-соматическими расстройствами.

Да, во всех министерских разнарядках неврология одна из почти 400 узких специальностей. Эта «узость» привела к тому, что сегодня врачи с трудом понимают друг друга. Между тем, у всех специальностей должны быть объединяющие начала. Я вижу три таких начала: генетика, иммунная и нервная системы. Мы изучаем неврогенные причины вообще всех болезней, поэтому невролог, на мой взгляд, совсем не узкий специалист.

Вы знаете как говорят: время разбрасывать камни, и время их собирать? Наука развивается по тому же принципу, то есть, набираются тысячи фактов, а потом уже из

их синтеза рождается что-то новое. Идея «нервизма» одна из синтезирующих, она не исключает ни биохимии, ни генетики, она не претендует на единственность, но это один из путей интеграции в понимании природы всех болезней человека.

– Важная идея, рожденная в вашей школе – неврология неспецифических систем, а теперь расскажите немного об остальных.

– Вы знаете, что мы, неврологи, «живем» в мозге, как в коммунальной квартире. Кардиолог изучает болезни сердца, гепатолог – печени, эндокринолог желез внутренней секреции. Мы делим свою «квартиру» вместе с психиатрами. Это соединение нас ко многому обязывает. Поэтому вторая наша идея – это необходимость изучения роли психического фактора в развитии неврологической патологии. Особое значение имеют такие психические нарушения, как депрессия и тревога. Они сопутствуют многим органическим заболеваниям нервной системы, являются важным фактором в возникновении болевых, вегетативных нарушений, расстройств сна. Мы исходим из того, что человек остается человеком, что на его здоровье особое влияние оказывает психическая сфера, а значит – нельзя лечить парезы, не лечя того, что мы называем душой человека, его психикой.

Третья идея может показаться неожиданной: мы изучаем особенности течения болезней, которые возникают у мужчин и у женщин. Многие болезни у тех и других возникают с различной частотой и по-разному протекают. Среди головных болей есть так называемая пучковая головная боль, которая бывает только у мужчин. А мигрени и головные боли напряжения – в большей степени женские болезни. Рассеянный склероз бывает чаще у женщин, но мужчины страдают тяжелее.

Сегодня на все неврологические болезни мы стали смотреть с позиций пола, это очень многое нам открывает: другая генетика, другие эндокринные особенности, эмоциональные различия. Мужчины и женщины, без преувеличения, две самостоятельные популяции: с разными ролевыми функциями, психологией, мотивацией, установками. Ну разве можно все это не заметить и сказать: ну, у него люмбаго – и люмбаго.

Пойдемте дальше. Я считаю, что в науке надо формулировать простые вопросы. Вообще, с чего начинается наука? С вопроса природы, который надо четко сформулировать.

Многие неврологические синдромы бывают исключительно, либо преобладают, слева или справа. Казалось бы, какая разница? Однако, левосторонняя и правосторонняя эпилепсия, левосторонний и правосторонний паркинсонизм, левосторонняя и правосторонняя мигрень – болезни, не идентичные по своим клиническим проявлениям и течению. На это мало обращали внимания! Это наша четвертая идея.

Очень долгие годы мы занимаемся проблемой сна. Я и мои сотрудники были первыми в России, кто записал полиграфию сна. То есть во время сна мы записываем, как у человека работает мозг, как работают мышцы, как работают глаза, как работает сердце. С помощью сонной полиграфии мы исследовали нарушения сна (в народе это называют бессонницей, но в действительности бессонницы не существует), исследовали также повышенную сонливость. И здесь мы вышли на интересную идею! Попробуем изобразить графически жизнь человека. Мы рисуем ее просто, вот так: семь ступенек. Первая – напряженное бодрствование, вторая – просто бодрствование, третья – расслабленное бодрствование, четвертая – дремота, следующая – неглубокий медленный сон, следующая – глубокий медленный сон, и фантастическая стадия – фаза быстрого сна, это когда у нас бывают сновидения.

Что происходит сегодня в медицине? Больного изучают исключительно

в состоянии бодрствования: утром или днем к нему приходит врач или он приходит к врачу, его смотрят, делают анализы, меряют давление. Статичная фотография, как в вашей газете. На наш взгляд, это неправильно: болезни надо рассматривать в динамике, в семи указанных выше функциональных состояниях. Есть болезни, которые возникают только во сне, есть болезни, которые возникают только в состоянии бодрствования. Все это мы называем функциональной неврологией. Что такое функциональная неврология? Это семь функциональных состояний, через которые болезнь протекает, демонстрируя свои особенности.

На базе функциональной неврологии мы пришли к изучению медицины сна. Что такое медицина сна? Это анализ всех болезней, которые возникают во время сна: инфаркты, инсульты, бронхиальная астма, мигрени, вегетативные кризы. Мы изучаем, когда и как они возникают, в каких состояниях и чем они отличаются от тех же болезней, возникающих в состоянии бодрствования. Например, инфаркты сна и инфаркты бодрствования имеют разные последствия, разные осложнения, разное течение.

Вот я вам рассказал об основных наших идеях. В свете этих идей мы изучаем болезни с позиций функциональной неврологии, болезней мужчин и женщин, левых и правых синдромов, медицину сна.

– Как создавалось ваше научно – учебно-практическое объединение? С чего все начиналось?

– Все начинается с учителей. У меня было два замечательных учителя – академики РАМН А. М. Гринштейн и Н. И. Граценков. В будущем году исполняется 100 лет со дня рождения Николая Ивановича. Его уже давно нет. Это уникальный человек: он был наркомом здравоохранения, первым директором ММА им. Сеченова и первым директором института неврологии. У Александра Михайловича я учился еще студентом, тогда это был



2-й ММИ, занимался в научном кружке, прошел субординатуру. А потом вся моя последующая жизнь была связана с Николаем Ивановичем. Это были люди очень образованные, широкие, и, конечно, имеющие свое направление в медицине. Они давно ушли, и вот уже с 1965 года – 35 лет – мне в известной мере приходится хранить это очень богатое наследство. Было две возможности: либо его расстранжирить, либо прирастить.

Не в один год, а постепенно, не без определенных усилий, складывался комплекс, благодаря которому сегодня мы имеем возможность разрабатывать и внедрять наши идеи. Кафедра нервных болезней ММА им. Сеченова, совершенно особая кафедра – здесь работают 10 профессоров. Сейчас у нас идет цикл – обучаются 35 врачей. Циклы разработаны разные: врачи учатся один или два месяца, есть и выездные – мы были с лекциями во многих университетских городах России. Что мы читаем? У нас четыре основных курса: «Актуальные вопросы клинической неврологии», «Неврологические синдромы», «Этиология и лечение нервных болезней», «Психо-неврологические проблемы медицины».

Сейчас образование, наконец-то, получило свою реальную цену. Люди стали понимать, что надо вкладывать средства в профессиональную подготовку, в свое будущее. У нас учится много молодежи – 21 аспирант. Кстати, в Академии организован особый факультет, который мы называем «факультет гениев». Со всей России собирают талантливых студентов, я с удовольствием занимаюсь с пришедшими ко мне ординаторами или аспирантами. Вот этим студентам, ординаторам, аспирантам, молодым врачам мы ежегодно читаем специальные элективы: «Мозг – психика болезни», «Мозг – творчество, культура», «Мозг – эмоции поведения», «Неврология неспецифического мозга». Лекции: «Медицина сна», «Язык тела», «Психомоторика», «Катастрофы сознания», «Пароксизмальный мозг». Мы берем темы, которые нигде и никогда не поднимались, читаем совершенно уникальные, на мой взгляд, лекции. Я считаю, что в подготовке наших врачей больше внимания надо уделять формированию куль-

Кафедра нервных болезней факультета постдипломного профессионального образования московской медицинской академии им. И. М. Сеченова проводит обучающие циклы для врачей неврологов:

«Основные вопросы неврологии» (сертификационный цикл) – длительность 8 недель.

«Неврологические синдромы» – длительность 4 недели.

«Этиология и лечение нервных болезней» – длительность 4 недели.

Дополнительную информацию и путевки можно получить по адресу: Москва, ул. Россолимо, д. 11, Клиника нервных болезней, комната 342 (учебная часть) и телефону 248 6944 (Воробьева Ольга Владимировна, Васильчикова Наталия Владимировна).

Курс сомнологии при кафедре неврологии факультета постдипломного профессионального образования московской медицинской академии им. И. М. Сеченова проводит обучающие циклы для врачей разных специальностей:

«Практическая сомнология» – длительность 4 недели.

«Актуальные вопросы сомнологии» – длительность 1 неделя.

Дополнительную информацию можно получить по телефону 268 2416.

турного слоя, врач не может без этого нормально жить и работать.

Вообще, за долгие годы работы в этих стенах, под моим руководством защищено 50 докторских и 200 кандидатских диссертаций. У нас издано 35 монографий – все они родились в большой степени из диссертационных исследований.

Что является веянием современной медицины? Специализация. Когда-нибудь, я надеюсь, в здравоохранении страны будет так: на переднем фланге – семейный врач, а за ним специализированные центры. Частично это уже есть – появились кардиологические, офтальмологические, онкологические, эндокринные центры. Та же потребность и в неврологии. Мы создали Центр по изучению сна. Первый в Москве и в России. Мы сейчас готовим специалистов, которые будут работать в других регионах – Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде. У нас уже есть свой вегетативный центр: первая в России Вегетативная клиника действует на базе ГКБ № 33, там работают врачи и психологи. На базе ГКБ № 83 мы будем изучать проблемы нейро-реабилитации после инсульта, при рассеянном склерозе и прочих болезнях. Совсем недавно мы открыли в Москве на Ленинградском проспекте Клинику головной боли – подобных центров тоже еще нигде нет. На очереди пятый центр – для больных с

невротическими и истерическими расстройствами.

Необходимость в подобных центрах острейшая. Наши пациенты – люди зрелого трудоспособного возраста, а болезни, которыми они страдают, без преувеличения, носят характер эпидемический. Посмотрите: головные боли имеются у 86% населения, нарушения сна у 50%, вегетативные расстройства диагностируются у 78% детей и примерно столько же у взрослых. Практически люди остаются без специализированной медицинской помощи, занимаются самолечением, ориентируясь на рекламные ролики.

– Александр Моисеевич, большое вам спасибо за интересную беседу. И последний вопрос: из того, что вами сделано, что самое главное и как это все удалось?

– Самое главное... Собрать коллектив единомышленников, сформулировать перспективные идеи и над ними последовательно работать. Как? Если я чего-то добиваюсь, то это потому, что у нас очень сильная команда. Я в молодости занимался волейболом, я игрок командный. А команда есть команда.



На базе ГКБ № 33 находится сразу несколько сомнологических центров. Первым в 1992 году был основан центр сомнологических исследований Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова для решения в основном научных задач. Создание в августе 1994 года Московского городского сомнологического центра Комитета здравоохранения Правительства Москвы преследовало сугубо практические цели – консультации больных, их обследование, назначение лечения, разработку методических рекомендаций, повышение квалификации московских врачей в области сомнологии, внедрение новых методов лечения в практику. И, наконец, в 1997 году образован Сомнологический центр Минздрава РФ для внедрения современной сомнологии в российскую медицинскую практику.

Мы беседуем с Яковом Иосифовичем Левиным, профессором кафедры нервных болезней ФПО ММА им. И. М. Сеченова, директором сомнологического центра Минздрава РФ, заведующим московским городским сомнологическим центром.



СОМНОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

– Яков Иосифович, насколько эта новая дисциплина, сомнология, прижилась в медицине?

– Сомнология на сегодняшний день – одна из наиболее динамично развивающихся медицинских специальностей. В США, к примеру, более 600 сомнологических центров, во Франции – более ста, а у нас – лишь в нескольких клиниках записывают сон. Аппаратуру для этого, помимо столицы, закупили еще в нескольких регионах России, но активность пока явно недостаточная. В 1998 году нами была организована первая Всероссийская конференция по сомнологии, вторая – пройдет в ноябре 2000-го. Эти форумы, демонстрирующие определенный динамизм российской сомнологии, по нашему решению проводятся раз в два года – время достаточное, чтобы появился новый опыт, знания, работы.

Кроме того, в прошлом году при кафедре неврологии ММА им. Сеченова начал действовать курс сомнологии. У нас проводятся циклы тематического усовершенствования в двух направлениях. Первое – это систематическая четырехнедельная «штучная» подготовка людей, которые будут зани-

маться сомнологией. Они достаточно глубоко изучают теоретические нейрофизиологические и нейрохимические основы деятельности мозга во сне, учатся накладывать электроды, расшифровывать записи, назначать адекватное современное лечение. Этот курс называется «Практическая сомнология».

Второе – цикл «Актуальные вопросы сомнологии», который длится неделю и рассчитан на врачей всех специальностей. За это время они знакомятся с тем, какие проблемы и какими путями решает современная сомнология, а также осознают, что это еще одна интереснейшая область медицинских знаний.

Вообще вся отечественная сомнология началась с того, что в 1968 году под руководством Александра Моисеевича Вейна была впервые зарегистрирована полиграмма сна, т. е. записаны необходимые объективные данные, позволяющие расшифровать структуру сна человека. В настоящее время член-корреспондент РАМН профессор А. М. Вейн является научным руководителем вышеперечисленных центров.

– И все же многие врачи плохо себе представляют, что такое сомнология,

а люди, с медициной напрямую не связанные, вообще такого слова не слышали...

– А между тем, очень много людей плохо спит – около 50 процентов всего населения. Половина из них нуждается в консультации специалиста в области нарушений сна (сомнолога) и лечении. Не случайно в мире так много центров по изучению сна. Американцы подсчитали, что они теряют до 16,2 миллиардов долларов из-за нарушений сна у граждан (это одна статистика, по другим данным – до 40 миллиардов) – это аварии невыспавшихся водителей, пешеходы, не успевшие перейти улицу, операторы компьютерных систем с замедленной реакцией и т. д. Это насущная проблема, суть которой у нас пока не понимает широкая общественность. Для того, чтобы нести в массы «доброе и вечное» о сомнологии, сотрудники наших центров уделяют много времени выступлениям в средствах массовой информации и в научно-популярной литературе.

Есть и еще один нюанс, который следует учитывать – одна и та же болезнь может дебютировать и



в состоянии бодрствования, и во сне. Так вот те, которые развиваются во сне, протекают, как правило, тяжелее. Это касается инсультов, инфарктов, приступов бронхиальной астмы, головной боли. Эти проблемы изучает медицина сна

– И все же, кто они, пациенты, обращающиеся к вам за помощью?

– Причины нарушения сна многообразны – стресс, эмоциональный дисбаланс, нервные и психические заболевания, интоксикации (особенно алкоголизм, наркомания) нарушения работы сердца, дыхания и т. п. Причин может быть очень много, и в каждом конкретном случае мы пытаемся их выявить. Проблема заключается в том, что эти, казалось бы достаточно безобидные вещи, могут вызвать и повышение давления, и головную боль, и нарушение потенции у мужчин, и ухудшение памяти, и даже внезапную смерть во сне.

Рассматриваем и такие проблемы, как синдром беспокойных ног, периодических движений конечностей во сне. Пациент зачастую приходит с жалобой, что он плохо спит, а когда мы объективно начинаем его сон оценивать, оказывается, что это ощущение порождено процессами, порожденными самим сном.

К нам часто приходят больные с такими проблемами, как снохождение, сногворение, скрежетание зубами, энурезы, и причину их очень часто выявляем именно мы. Это может быть избыточно глубокий сон или наоборот – недостаточно глубокий.

В этом плане неocenимую роль играет объективное исследование сна с помощью полисомнографии, осуществляемой на специальных компьютерных комплексах с видеомониторингом. Пока человек спит, при помощи аппаратуры с него снимаются показания, которые записываются на компьютер. Нами разработана своя полисомнографическая

компьютерный комплекс, который по своим показателям ничуть не уступает зарубежным аналогам, а собственное программное обеспечение позволяет использовать международные стандарты для своих нужд. После того, как все показатели записаны, начинается обработка данных. В конечном счете выстраивается кривая, которая называется гиппограмма, позволяющая судить о структуре сна, качестве и количестве стадий и фаз его составляющих у конкретного человека.

Представьте, приходит пациент, утверждающий: «Я совсем не сплю». А когда мы начинаем объективно смотреть, оказывается спит, порой даже восемь часов, но не осознает свой сон, то есть нарушено восприятие сна. Объективные исследования помогают установить истину.

– Каковы методы коррекции сна, рекомендуемые вашими центрами?

– В первую очередь – фармакологические методы коррекции. Сейчас появились достаточно хорошие лекарства. В качестве примера можно привести препараты с коротким периодом полужизни. Они практически не вызывают отрицательного эффекта, который часто порождается долгоживущими снотворными лекарствами, и не нарушают дыхания во сне. Очень неплох безрецептурный препарат Мелаксен (мелатонин).

Есть и нелекарственные методы лечения. Тут прежде всего следует упомянуть психотерапию. Есть ряд приборов, которые используются за рубежом, но пока неизвестны в России. Помогает иглорефлексотерапия, физиотерапия, фототерапия (лечение ярким белым светом). Последний метод очень интересен, так как наряду с высокой эффективностью он совершенно безопасен. Фототерапия назначается, как правило, в утренние часы, но если есть необходимость активной ночной деятельности, фототерапию проводят и вечером, например, медперсоналу перед ночным дежурством.

Есть и наши собственные наработки, в частности – программа «Музыка мозга». Элект-

роэнцефалограмма человека преобразуется в музыку, записываемую на аудиокассету (или CD), которую пациент прослушивает в соответствии с индивидуальными инструкциями. Эффективность этого метода – 75–78 процентов случаев, что наряду с безопасностью и отсутствием побочных эффектов делает его весьма привлекательным.

И еще одно хотелось бы подчеркнуть. Людям с плохим сном нельзя долго заниматься самолечением. В случае перенапряжения, стресса человек может один-два раза воспользоваться лекарствами, лучше растительного происхождения, они хорошо известны (тот же корень валерианы), но если улучшение сна не наступает, не нужно спрашивать у коллег и соседей, какое средство помогает им. Если плохой сон вызван нарушением дыхания во сне, прекрасное снотворное, которое помогает другому, может привести к крайне нежелательным, а порой и трагическим последствиям.

Этому человеку нужно обратиться к неврологу, и он, выслушав все жалобы, либо сам назначит лечение, либо направит его к нам в центр. В московском городском центре за год консультируется порядка тысячи человек. Это может быть просто беседа со специалистами, а в 300–350 случаев проводятся полисомнографические исследования. В нашем Центре каждую ночь проводится объективное исследование сна сразу трех пациентов; есть также аппаратура, позволяющая осуществлять исследование сна амбулаторно, в других отделениях больницы, и даже на дому.

Консультации у нас для жителей Москвы и Московской области бесплатные.

Сомнологический центр МЗ РФ и московский городской сомнологический центр проводят обследование и лечение больных с нарушениями сна, храпом и остановками дыхания во сне, эпилепсией, снохождением, сногворением и др.

Тел.: (095) 268 2416.



Московский вегетативный центр создан на базе ГКБ№ 33 в 1994 году. Здесь работают неврологи, терапевты, психологи. Сотрудники кафедры нервных болезней ФППС ММА им. И. М. Сеченова тесно и постоянно взаимодействуют с коллективом больницы, проводя совместные обходы и разборы, осуществляют систематические консультации больных. О работе центра нам рассказала Татьяна Грациевна Вознесенская, д. м. н., профессор кафедры нервных болезней ФППО ММА им. И. М. Сеченова.

ВЕГЕТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

— У людей в определенных ситуациях, чаще всего в результате реакции на стресс, психотравму, при каких-то личностных конфликтах возникает бурная вегетативная реакция. Она может проявить себя в учащенном сердцебиении, возникновении перебоев в работе сердца, нарушении дыхания, артериального давления, головокружении, онемении конечностей, внутренней дрожи, ознобе. Это состояние раньше называлось вегетативным кризом. Сейчас мы перешли на международную терминологию и называем его «панической атакой». Потому что все вышеперечисленные болезненные проявления обязательно сопровождаются изменением психического состояния пациента: он паникует, испытывает страх.

А еще раньше эти состояния называли гипоталамическими кризами, их связывали с патологией определенной области мозга — гипоталамуса. Сегодня ясно, что «панические атаки» в первую очередь — это следствие невротических расстройств (неврозов).

Панические атаки опасны тем, что ведут к серьезной социальной дезадаптации людей. Если человек был «атакован» в метро, он может отказаться ездить этим видом транспорта, если за рулем автомобиля — он станет бояться ездить на машине и т. д. Все это ведет к тому, что опасения человека из раза в раз нарастают. Сначала он боится ездить, затем выходит из дома один, потом, наконец, возникает ситуация, когда и дома он один находиться не сможет — вдруг что-нибудь случится. Возникает более тяжелая патология — агорафобия, ограничительное поведение.

Для улучшения состояния пациентов недостаточно только вегетотропных препаратов (альфа- и бета-адреноблокаторов), нужны лекарства, воздействующие на психическую сферу. И врач, назначая лечение, должен выбирать их в зависимости от того, какие эмоционально-личностные расстройства преобладают в каждом конкретном случае: что это — тревога, страх, депрессивное расстройство.

Чаще всего панические атаки лечат двумя типами препаратов — транквилизаторами (ксанакс, клоназепам) и антидепрессантами (амитриптилин, флуоксетин). Иногда назначается комбинированное лечение — антидепрессанты совместно с вегетотропными препаратами. Это средства профилактики панической атаки. А ее острое воздействие на человека «га-

сится» (транквилизуется) при помощи реланиума, седуксена.

Думаю, одной из самых распространенных ошибок врачей до сих пор является то, что они пытаются лечить панические атаки при помощи вегетотропных препаратов, но слабо используют антидепрессанты.

Второй, и не менее важный вид лечения панических атак — психотерапия.

Уникальность нашего вегетологического центра и нашего подхода состоит в том, что мы лечим больного по всем направлениям — как медикаментозным, так и психотерапевтическим. И, что немаловажно, психотерапию больного проводят не неврологи, а дипломированные психологи, потому что при лечении панических атак, этих параксизмальных вегетативных состояний, выяснить первопричину — почти всегда — наполовину вылечить человека.

Специалисты вегетологического отделения методом психологической коррекции доводят до сознания пациента, что паника не оправдана. У него не может внезапно остановиться сердце, не может быть инфаркта миокарда, остановки дыхания, он не умрет. Если в левой стороне грудной клетки покалывает, учащен пульс, меняется давление, очень важно для понимания больного, что это не заболевание сердца, а лишь вегетативная реакция. И чем больше он будет ее бояться, тем сильнее она становится.

Мы часто говорим больным, что если вы окажетесь в ситуации, когда рядом нет ни врача, ни близкого человека, на помощь которого вы рассчитываете, не нужно бояться. Необходимо знать, что ни к каким драматическим последствиям приступ не приведет. Надо расслабиться и принять либо 30 капель валокордина, либо положить под язык таблетку тазепема.

В случае гипервентиляции (когда больной начинает очень часто и избыточно глубоко дышать) при вегетативном кризе не всасывается в достаточной мере кислород, появляется состояние мозговой гипоксии, возникает нарушение нервно-мышечной передачи — все это может привести даже к обморочному состоянию (но не более того). Сталкиваясь с такими случаями, мы учим пациентов правильно дышать — чтобы выдох был длиннее вдоха, чтобы человек дышал животом, а не грудью.



В нашем вегетативном центре мы лечим и нейроэндокринные расстройства. Это избыточный вес, ожирение, связанные в первую очередь с нарушением функционирования тех мозговых систем, которые заведуют пищевым поведением, обменом веществ и гормональным статусом. Нарушение жирового обмена никогда не бывает «одиноко», а чаще всего является следствием нарушения пищевого поведения. Разновидностей пищевого поведения много. Это надо учитывать в лечении. Больные могут есть не потому, что они голодны, а потому что они тревожны, депрессивны, расстроены. То есть, в основе приема пищи лежит аффективно-эмоциональное состояние. Есть люди, которые «запивают» свою тревогу алкоголем, а в нашем случае — ее заедают, и предпочитают при этом мороженое, пирожное, шоколад, и это действительно помогает избавиться от тревоги, депрессии, внутреннего напряжения. Сладости выступают своего рода лекарством, улучшают эмоциональное состояние больных, но неизбежно ведут к ожирению. Как правило, эта категория наших пациентов очень стрессодоступна, в основе их патологии лежат тревожно-депрессивные реакции.

При лечении этих больных используется и вегетотропная, и психотропная терапии и психотерапия. Мы помогаем выработать новый стиль пищевого поведения, выработать стрессоустойчивость.

Еще одно направление, которым мы занимаемся — хронические болевые синдромы, среди которых следует выделить головную боль напряжения, которая тесно связана с вегетативной патологией.

Мы лечим больных в стационаре, потом наблюдаем амбулаторно, используя все доступные современные методы, определяя, какой должна быть терапия в каждом конкретном случае.

Андрей Борисович Данилов, профессор кафедры нервных болезней ФППО ММА им. И. М. Сеченова, медицинский директор Клиники головной боли:

«Головная боль – одна из наиболее частых жалоб пациентов. Ее испытывают до 90 процентов всего населения. При этом в 80 процентах случаев к врачам не обращаются, а предпочитают лечиться самостоятельно».

КЛИНИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ

– Андрей Борисович, насколько опасно самолечение при головных болях?

– В этом, казалось бы, нет ничего плохого, но я бы обратил внимание на нескольких моментах.

Во-первых, головная боль может быть симптомом опасного заболевания. И хотя таких случаев не так много (5–10%), но, как вы понимаете, лечить их нужно не таблетками от головной боли.

Во-вторых, – это сами анальгетики. В мире ежегодно регистрируются сотни тысяч случаев побочных эффектов при злоупотреблении анальгетиками, что на самом деле очень серьезно.

И третье. Может показаться удивительным, но длительное употребление обезболивающих препаратов может привести к развитию мучительных ежедневных головных болей. К примеру, недавно обратившаяся к нам женщина принимала до трехсот (!) таблеток в месяц, но головные боли только усиливались и состояние ее все ухудшалось.

Вообще, должен сказать, что многие из обращающихся к нам пациентов, в особо запущенных случаях, сами приходят к пониманию того, что большое количество лекарств не только неэффективно, но главным образом вредно.

– Как вообще появилась идея создания этой клиники?

– Дело в том, что подобные центры появились за рубежом около 20 лет назад. Идея проста. Если у человека болит голова, у него есть адрес, где на все его вопросы ответят специалисты в этой области. Не надо тратить время и деньги на походы к разным врачам, проводить иногда неоправданные до-

полнительные исследования

ния. Кстати, знаете сколько в среднем тратит врач общей практики на осмотр пациента с головной болью? Не более 2–5 минут. Это недопустимо. К сожалению, в наших рядовых поликлиниках это не редкость. Я думаю, что не врачи виноваты, а перегруженность приемов. Между тем, правильно установить причину головной боли не всегда бывает просто.

В нашей клинике созданы все условия для диагностики и лечения головной боли. С пациентом работают столько, сколько нужно, чтобы решить его проблему. Иногда достаточно подробного разговора со специалистом. Для уточнения диагноза, при необходимости, проводятся дополнительные исследования.

– Кто работает в вашей клинике?

– Наш коллектив – это команда подготовленных специалистов-неврологов, нейрофизиологов, психотерапевтов, специалистов по мануальной терапии, массажу, рефлексотерапии. Руководителем является член-корр. РАМН профессор Александр Моисеевич Вейн.

– Какие болезни вы лечите?

– Прежде всего это головные боли. Хорошо знакомая мигрень – только одна из них. Однако чаще всего мы встречаемся с головными болями напряжения – детищем XX века. Монотонность, давящий характер, связь со стрессом, переутомлением, напряжением мышц головы и шеи – вот ее основные характеристики. Кроме того, мы принимаем пациентов с вегетативной дистонией, приступами сердцебиения и нехватки воздуха, потливостью, болями в спине, с тревожными и депрессивными нарушениями и другими заболеваниями нервной системы.

– А есть ли связь между депрессией и головной болью?

– Вообще, хроническая головная боль и депрессия тесно связаны. У них общая нейрохимическая основа – дефицит серотонина в мозге. В таких случаях анальгетики не решают проблемы. Главными в лечении этих пациен-



тов становятся антидепрессанты, фототерапия, психотерапия.

– Есть ли в вашей клинике какие-нибудь новые методы диагностики или лечения головной боли?

– Наряду с хорошо известными современными методами (ЭЭГ, УЗДГ, ЭНМГ) мы располагаем некоторыми уникальными электрофизиологическими методиками для исследования головного мозга. Среди лечебных новинок – биологическая обратная связь, реабилитационная система «Санспектра 9000», бесконтактная гидромассажная ванна, приборы аудиовизуальной стимуляции. Многие процедуры включены в специальные лечебные программы, которые индивидуально адаптируются для каждого пациента.

– А что вы порекомендуете тем, у кого нет возможности посетить клинику головной боли?

– При головной боли можно принять парацетамол, аспирин, или препарат сочетающий эти средства с кофеином или кодеином. Но если боли не проходят в течение 3–4 дней, а также при повторных приступах разумно обратиться к врачу-неврологу в ближайшую поликлинику.

А своим коллегам врачам я советовал бы не пропускать школы по головной боли, а также пройти цикл обучения на кафедре неврологии ФППО ММА им. Сеченова.

Клиника головной боли профессора А. М. Вейна: Москва, Ленинградский пр-т, д. 26/2, тел.: 933 4525 (м. «Белорусская») Часы работы 8.30–20.30.



Сергей Борисович Шварков, профессор кафедры нервных болезней ФППО ММА им. И. М. Сеченова, руководитель Центра неврологической реабилитации при клинической больнице № 83.

ЦЕНТР НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

– Говорить о работе нервной системы человека можно лишь оценивая его адаптивные реакции – способность передвигаться, координировать свое тело в пространстве, адекватно реагировать на внешние раздражители и т. д. Все эти функции – продукт деятельности целого мозга. Даже простое движение пальцем – это программа, которую он задает.

В результате неврологических заболеваний происходит сбой в слаженной системе. И одной из наиболее тяжелых его форм является нарушение мозгового кровообращения – инсульт. Это своего рода катастрофа мозга с непредсказуемыми для организма последствиями. Нарушаются дыхание, сердцебиение, поддержание внутренней среды. Неизбежно остаются и могут быть выражены параличи, изменение походки, координации движений, потеря чувствительности.

И нельзя эти дефекты вылечить в одночасье какой-то таблеткой, медицинской процедурой, потому что сломан сам управляющий аппарат – нервная система.

Но не все так безнадежно, и для восстановления есть определенные предпосылки. Человеческий мозг обладает определенным запасом прочности и есть возможность его переучить, или, если взять аналогию с компьютером – перепрограммировать.

Процесс этот проходит в несколько этапов. Первый – лечение того болезненного состояния, которое разрушило нервную систему. Грубо говоря – восстановление кровотока или удаление опухоли. Это острая неврология, когда с помощью операции, капельницы, таблеток пациента выводят из катастрофы. Он живет. Но с грубыми дефектами в работе многих систем организма. Второй этап – это реабилитация.

Больные нашего центра – это те люди, которые перенесли инсульт, черепно-мозговую травму, обострение рассеянного склероза, менингит.

Человек, перенесший одно из этих серьезных заболеваний, плохо адаптирован к произошедшим с ним переменам. Нарушение двигательных, речевых функций организма пациента очень часто сопровождается тяжелой депрессией, неверием в свои возможности. Вывести больного из этого состояния, помочь ему вернуться к полноценной жизни, как раз и призван курс неврологической реабилитации.

На базе клинической больницы № 83 ФУ «Медбиоэкстрем» Минздрава России мы начали работать в 1995 году.

К тому времени на кафедре неврологии ММА имени Сеченова появились новые методики, которые требовали своего внедрения в практику.

НПО «Звезда» в 1994 году, благодаря инициативе профессора Александра Моисеевича Вейна, передало нашей кафедре несколько реабилитационных костюмов для испытаний. Они были сделаны на базе нагрузочного костюма космонавтов «Пингвин», создающего имитацию гравитации. Благодаря ему космонавты, находящиеся в состоянии невесомости, получают потоки импульсов, имитирующих земное притяжение – поэтому не происходит атрофии мышц, сохраняются рефлексы, не возникает остеопороз. Мы начали работать с этими костюмами – они оказались мощными стимуляторами, позволяющими преодолевать дефекты движения. После инсульта, последствий черепно-мозговых травм этот своеобразный тренажер улучшал координацию пациента, не передвигавшиеся больные начинали ходить.

Новые препараты-антидепрессанты, психотерапевтические методы, находившиеся в нашем арсенале, позволяли решать проблему в комплексе. И мы очень благодарны главному врачу клинической больницы № 83, профессору Геннадию Николаевичу Матвееву, который поддержал нас и выделил в клинике две палаты под неврологическую реабилитацию, а позднее – целое отделение.

Мы набрали персонал, обучили врачей, приобрели оборудование и начали реализовывать свои идеи.

Работать сотрудники кафедры неврологии сразу же начали в тесном контакте с врачами больницы, которые ведут историю болезни, наблюдают пациентов, а на долю институтских специалистов приходится осуществление авторских методик, лечебных процедур, проведение занятий с пациентами. То есть действует хорошо отлаженный механизм. В отделении есть свои кабинеты массажа, физиотерапии, реабилитационные залы.

Курс построен по американской модели, которая предусматривает, что три-четыре пациента закрепляются за одним инструктором, и он с ними работает на протяжении всего периода реабилитации. И это пациенты очень ценят – появляется уверенность, что они не брошены на произвол судьбы, и здесь им помогут. Ведь как в большинстве случаев поставлено лечение этих больных в обычной клинике? С утра пациенту назначают УВЧ, через два часа – массаж (так как массажист один, а пациентов много) и к вечеру, быть может, дадут таблетку. Все остальное время – пациент предоставлен сам себе, страхам перед своим будущим.

В нашем центре врач-невролог, осматривая пациента, дает инструкторам задание на



день и они начинают работать с больными. В зависимости от рекомендаций – делают массаж, занимаются с ними лечебной физкультурой, кинезиотерапией, проводят водные процедуры, гипербарическую оксигенацию. Все это, как правило, происходит в дообеденное время.

Инструктор устанавливает тесный контакт с пациентами – знает их характер, особенности течения болезни.

Во второй половине дня – к больным, у которых нарушена речь, приходит логопед, пациентами с эмоционально-аффективными расстройствами занимается психотерапевт. За группами постоянно наблюдает медицинский психолог. Прекрасные условия созданы в КБ № 83 и для отдыха пациентов – удобные помещения, развитая служба сервиса и многое другое способствуют их выздоровлению.

Для наших пациентов разрабатывают ортопедические изделия индивидуального назначения, которые помогают выправить осанку, избежать патологической позы, которую человек после болезни зачастую приобретает. Приятные на вид и недорогие изделия ортопедов пользуются у выздоравливающих пациентов заслуженным спросом.

Пациенты поступают к нам, как правило, через месяц, три и полгода после инсульта, травмы. Именно в этот период в реабилитации можно достичь оптимального результата, подходя к решению проблемы в комплексе.

Об успешной работе центра говорят и записи в книге отзывов и пожеланий, ведущейся в отделении. Все пациенты отмечают замечное улучшение своего состояния, многие после лечения вернулись к прежней работе. Появились даже просьбы принять на реабилитационный курс зарубежных пациентов.

Курс для пациентов после инсульта составляет 23 дня, с рассеянным склерозом – 28 дней. Телефоны Центра неврологической реабилитации – 395 6373; 395 6393.

ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

*Е. Г. Филатова, доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней
ФПО ММА им. И. М. Сеченова*

Проблема головной боли (ГБ) является мультидисциплинарной медицинской проблемой, так как эта боль может быть причиной самых различных процессов, локализуемых в области головы, проявлением соматических или психогенных заболеваний. Определение причины ГБ является порой очень сложной задачей, а от решения этого вопроса зависит успешность проводимого лечения. Бытует такое мнение: «Человек, страдающий ГБ, является медицинской сиротой. Он проходит путь от офтальмолога к оториноларингологу, невропатологу, стоматологу, ортопеду, хиропрактику. Ему назначают массу анализов, дают огромное количество лекарств, а в конце концов он остается один на один со своей головной болью».

К счастью, всего у 8% больных причиной головной боли являются тяжелые органические заболевания: опухоль, черепно-мозговая травма, инфекция и др. В остальных случаях пациенты страдают от первичных ГБ, наиболее частыми среди которых являются головные боли напряжения (ГБН) – 54%; мигрень (М) – 38%.

Головная боль напряжения

Термин головная боль напряжения пришел из международной классификации ГБ 1988 года. Ранее врачи использовали следующие синонимы: психомиогенная боль, головная боль от мышечного напряжения, стрессорная головная боль, простая головная боль, эссенциальная головная боль, идиопатическая головная боль, психогенная головная боль. Диагностика ГБН основывается на характерной клинической картине: ГБ носит неприспущенный характер с длительностью эпизодов боли от 30 минут до 7 дней. Боль сдавливающая, стягивающая (не пульсирующая), интенсивность, как правило, средняя (боль ухудшает работоспособность, но не приводит к прекращению деятельности). Локализация двусторонняя: лобно-височная, теменно-височная, каска, шлем, обруч, капюшон. Боли не усиливаются от повседневной физической активности. Могут сопровождаться анорексией, фото- и фонофобией, однако эти симптомы не облигатны как при мигрени. Клиническое неврологическое и параклиническое исследование органической неврологической симптоматики не выявляют.

В патогенезе головной боли напряжения ведущую роль играют психические расстройства, лидером среди которых является депрессия. Психические нарушения обус-

лавливают изменение соотношения активности ноци- и антиноцицептивных систем организма, что приводит к повышению восприимчивости к боли. Напряжение перикраниальных мышц создает дополнительный афферентный болевой поток, участвующий в симптомообразовании.

Для лечения ГБН используются как немедикаментозные, так и медикаментозные средства.

Немедикаментозная терапия: психотерапия, биологическая обратная связь (БОС), постизометрическая релаксация (ПИР), иглорефлексотерапия (ИРТ), фототерапия, гимнастика с акцентом на шейный отдел позвоночника, массаж, физиотерапия.

При эпизодической форме ГБН целесообразно использовать преимущественно не лекарственные методы лечения. При хронической ГБН показана комбинированная терапия.

Медикаментозная терапия:

1) психотропные средства: антидепрессанты (амитриптилин 75 мг/сутки, леривон 30–60 мг/сутки, флуоксетин 20 мг/сутки, коаксил 12,5 мг 3 раза в сутки, золофт 50 мг/сутки и др.); анксиолитики с антидепрессантным действием (клоназепам 2 мг/сутки, ксанакс 1,5–3,0 мг/сутки);

2) миорелаксанты: сирдалуд 4–6 мг/сутки.

Лечение психотропными средствами должно проводиться длительно, не менее 6 недель. Сирдалуд следует назначать в течение 2–4 недель пациентам, имеющим напряжение перикраниальных мышц, возможно его сочетание с психотропными средствами. Анальгетики целесообразно использовать для купирования лишь интенсивной головной боли, и пациент должен быть предупрежден о возможности развития лекарственной зависимости при длительном их применении.

Мигрень

Мигрень известна человечеству более 3000 лет. В папирусах древних египтян обнаружены описания мигренозных приступов, а также прописи лекарственных средств, используемых для лечения этого заболевания. Несмотря на это, до сих пор многое остается загадкой в патогенезе мигрени. Практические врачи и пациенты, страдающие мигренью, не имеют четкого представления о том, излечима ли мигрень? Какие современные лекарственные средства наиболее эффективно снимают болевой мигренозный приступ? Всех ли больных с мигренью нужно лечить и как?

Мигрень является вторым по частоте видом первичной головной боли после головной боли напряжения (ГБН).

Критерии диагностики мигрени были определены Международным обществом по изучению головной боли в 1988 г.

1. Приступообразная головная боль длительностью от 4 до 72 часов.

2. Головная боль имеет, по крайней мере, две из следующих характеристик: преимущественно односторонняя локализация, чередование сторон, реже двусторонняя, пульсирующий характер, средняя или значительная интенсивность ГБ (нарушает повседневную деятельность), усиление при физической нагрузке.

3. Наличие хотя бы одного сопровождающего симптома: тошнота, рвота, фонофобия, фотофобия.

Мигрень является наследственно обусловленным заболеванием на течение которого оказывает влияние ряд внешних и внутренних факторов.

Патогенез мигрени чрезвычайно сложен и многие его механизмы до конца не изучены. Современные исследователи полагают, что церебральные механизмы являются ведущими в возникновении мигренозного приступа. У пациентов с мигренью предполагается наличие генетически детерминированной лимбико-стволовой дисфункции, приводящей к изменению взаимоотношения антиноцицептивной систем, со снижением влияния последней.

Известна при мигрени особая роль серотонина. Перед приступом усиливается агрегация тромбоцитов, из них высвобождается серотонин, что приводит к сужению крупных артерий и вен и расширению капилляров (что является важнейшим фактором развития I фазы приступа). В дальнейшем, вследствие интенсивного выделения серотонина почками, содержание его в крови снижается, что обуславливает вместе с другими факторами дилатацию и атонию сосудов. Боль при мигрени, таким образом, является следствием возбуждения афферентных волокон тройничного нерва в результате выделения ряда биологически активных ноцицептивных веществ, участвующих в формировании нейрогенного воспаления. Процесс этот циклический, в генезе которого ведущая роль принадлежит церебральным механизмам.

Лечение мигрени. Значительные успехи, достигнутые в изучении патофизиологии мигрени, служат базой современной фармакотерапии мигренозных цефалгий. Лече-

ние мигрени складывается из купирования приступа и профилактического лечения в межприступный период. Основными требованиями, предъявляемыми к современным средствам, являются эффективность, безопасность, быстрота действия. Для купирования приступов мигрени используют 3 группы препаратов.

1-я группа. При легких и средних по интенсивности приступах могут быть эффективны парацетамол, ацетилсалициловая кислота (АСК) и ее производные, а также смешанные препараты: седальгин, пенталгин, спазмовералгин и др. Действие этой группы препаратов направлено на уменьшение нейрогенного воспаления, подавление синтеза модуляторов боли (простагландинов, кининов и др.), активацию антиноцицептивных механизмов мозгового ствола. При их применении необходимо помнить о противопоказаниях к назначению АСК: наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта, склонность к кровотечениям, повышенная чувствительность к салицилатам, аллергия, а также о возможности развития абзусной ГБ при длительном и бесконтрольном применении этих средств.

2-я группа. Препараты дигидроэрготамина (редергин, дигидроэрготамин, дигидергот) обладают мощным сосудосуживающим действием, благодаря действию на серотониновые рецепторы, локализованные в сосудистой стенке, предотвращают нейрогенное воспаление и, тем самым, купируют мигренозную атаку. Наименьшими побочными действиями обладает Дигидергот назальный спрей. Достоинством данного препарата является удобство применения, быстрота действия и высокая эффективность (75% приступов купируются в течение 20–45 минут).

3-я группа. Селективные агонисты серотонина (имигран, зомиг, нарамиг). Обладают избирательным воздействием на серотониновые рецепторы мозговых сосудов, предотвращают выделение субстанции P из окончаний тройничного нерва и нейрогенное воспаление. Имигран применяется в таблетированной форме (таблетки по 100 и 50 мг) и инъекционной по 6 мл подкожно. Зомиг – таблетки по 2,5 мг. Побочные явления: чувство покалывания, давления, тяжести в разных частях тела, гиперемия лица, усталость,

сонливость, слабость. Эффект наступает через 20–30 минут, максимум через 1 час купируются самые тяжелые приступы. Нарамиг (таблетки по 2,5 мг) обладает сходным с зомигом механизмом действия, однако, при его применении реже отмечается возврат приступов мигренозной боли.

Препараты 2-й и 3-й группы являются в настоящее время базовыми средствами, используемыми для купирования мигренозных приступов.

Профилактическое лечение в межприступном периоде проводится большим с частотой атак 2 раза в месяц и более. При этом необходимо курсовое лечение длительностью 2–3 месяца. Пациентам, страдающим редкими мигренозными приступами, профилактическая терапия не показана. Основной задачей профилактического лечения является снижение частоты приступов, уменьшение их интенсивности и в целом, улучшение качества жизни пациентов. Задача лечения от мигрени является неправомерной в силу наследственной природы заболевания.

Для профилактической терапии используются немедикаментозные методы, а также различные фармакологические средства. В качестве немедикаментозных методов используют диету с ограничением продуктов, содержащих тирамин; гимнастику с акцентом на шейный отдел позвоночника; массаж воротниковой зоны; водные процедуры; игло-рефлексотерапию; постизометрическую релаксацию; биологическую обратную связь.

Фармакологическое профилактическое лечение мигрени включает препараты различных фармакологических групп, которые индивидуально подбирают каждому пациенту с учетом провоцирующих факторов, сопутствующих заболеваний, эмоционально-личностных особенностей, а также патогенетических факторов мигрени. Наиболее широко используемыми являются бета-блокаторы (анаприлин или обзидан); блокаторы кальциевых каналов (нимотоп, верапамил); антидепрессанты (амитриптилин); антагонисты серотонина (метисергид, сандомигран, пиритол). Возможно использование неболь-

Библиотека

«**Вегетативные расстройства (руководство для врачей)**» под редакцией чл. корр. РАМН проф. А. М. Вейна, 2-е издание, Москва, 2000г.

«**Болевые синдромы в неврологической клинике**» под ред. чл. корр. РАМН проф. А. М. Вейна. Москва, «МЕДпресс», 1999, 372 стр.

«**Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма**» В. Л. Голубев, Я. И. Левин, А. М. Вейн. Москва, «МЕДпресс», 1999, 416 стр.

«**Депрессия в неврологической практике**» А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев, Г. М. Дюкова. Москва, 1998, 126 стр.

«**Боль и обезболивание**» А. М. Вейн, А. М. Авруцкий. Москва, «Медицина», 1997, 280 стр.

ших (антиагрегантных) доз аспирина (по 125–250 мг ежедневно), у пациентов более старшего возраста хорошие результаты дает назначение ноотропных препаратов (ноотропил, пикамилон), при наличии аллергии – антигистаминные препараты. Наличие мышечно-тонического или миофасциального синдрома в перикраниальных мышцах и мышцах верхнего плечевого пояса на излюбленной стороне боли обуславливает необходимость назначения миорелаксантов (сирдалуда), так как активация триггера может провоцировать типичный мигренозный приступ. Наиболее эффективной профилактикой мигренозной цефалгии является сочетание нелекарственных и лекарственных методов лечения. Эффективное и безопасное купирование мигренозных атак в сочетании с профилактической терапией у пациентов с частыми приступами позволяет в значительной степени улучшить качество жизни пациентов, страдающих этим наследственно обусловленным заболеванием.

Материалы этого номера подготовили:
корр. Д. Виноградов
фото В. Афанасьев



МЕЛАКСЕН В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ СНА

Я. И. Левин, кафедра нервных болезней ФПО ММА им. И. М. Сеченова

Мелаксен – препарат, содержащий 3 мг мелатонина (МТ) – нейрого르몬а, вырабатываемого эпифизом (Э), сетчаткой и кишечником. МТ был выделен Лернером и сотрудниками как органоспецифическое вещество из экстрактов эпифиза быков в 1958 г. и впоследствии синтезирован в лабораторных условиях. 10 лет спустя Вюртман, Аксельрод и Келли обнаружили зависимость интенсивности синтеза МТ от уровня освещенности. Синтез МТ осуществляется в Э из триптофана, который поступает в пинеалоциты из сосудистого русла и через 5-окситриптофан превращается в серотонин. В темноте происходит усиленная реакция превращения – серотонин → N-ацетилсеротонин → МТ, осуществляемого под влиянием 2-х основных ферментов – N-ацетилтрансферазы (НАТ) и гидроксиндол-О-метилтрансферазы. Дневной ритм продукции МТ зависит от активности НАТ в сетчатке, которая в свою очередь зависит от ионов кальция, дофамина и гамма-аминомасляной кислоты. Содержание МТ в плазме крови человека ночью в 2–4 раза выше, чем днем; примерно 60–70% МТ выводится с мочой ночью в период между 23-мя и 7-ю часами. Содержание МТ – возрастзависимо и максимально в детские годы; люди среднего возраста вырабатывает лишь половину количества «детского» МТ; в старших возрастных группах отмечается дальнейшее значительное снижение уровня гормона.

Биологические эффекты МТ, обсуждаемые в литературе многообразны: снотворный, гипотермический, антиоксидантный, противораковый, адаптогенный, синхронизационный.

Наш опыт применения мелаксена в наибольшей степени охватывает проблему нарушения сна у больных с различной патологией.

У 40 больных *инсомнией* в возрасте – от 20 до 70 лет и продолжительностью инсомнии – от 6 до 360

месяцев (при частоте эпизодов инсомнии – от 3 до 7 в неделю) мелаксен использовался в течение 5 дней по 3 мг на ночь. Ведущими клиническими проявлениями были трудности вхождения в сон и его поддержания. Уже после пятого приема выявлена положительная динамика субъективных характеристик сна: снизилось время засыпания и количество ночных пробуждений, повысилось качество сна и качество утреннего пробуждения. Это свидетельствует о том, что даже при достаточно кратком применении Мелаксена можно добиться вполне приличного субъективного улучшения сна.

Для больных *мозговым инсультом* нарушения цикла «сон-бодрствование» весьма актуальны и представлены *инсомнией* (с нарушениями засыпания и трудностями поддержания сна) и *инверсией цикла* с дневным сном и ночным бодрствованием. Мелаксен этим пациентам назначался в остром периоде инсульта в дозе 3 мг на ночь в течение 14 дней. По данным анкет качество сна улучшилось, дневная сонливость снизилась или исчезла вовсе. По результатам объективного изучения сна (полисомнографии) длительность сна увеличилась, время засыпания и длительность бодрствования снизились, количество пробуждений из сна уменьшилось. Важно подчеркнуть, что Мелаксен хорошо взаимодействует с препаратами, получаемыми этими пациентами, такими как антиагреганты, антикоагулянты, вазоактивные препараты, антибиотики и др. Существенным представляется то, что МТ обладает антиоксидантной активностью, так как оксидантный стресс по современным представлениям является важнейшим звеном патогенеза мозгового инсульта. По мнению некоторых авторов по антиоксидантной активности МТ превосходит все известные препараты. Следует также учитывать то, что МТ прекрасно проникает через гематоэнцефалический барьер.

Нарушения сна являются облигатной составляющей *фибромиалгии* – синдрома, характеризующегося также хронической диффузной несуставной мышечно-скелетной болью в определенных точках (выявление 11 из 18 таких точек служит важным диагностическим критерием этого заболевания), скованностью, быстрой утомляемостью и деп-

рессией. С целью уменьшения нарушений сна Мелаксен применялся в дозе 1,5 мг за 30 минут до укладывания в постель, длительность лечения – 10 дней. После курса лечения Мелаксеном по данным психологического тестирования и анкет у больных отмечено не только улучшение качества сна, но также снижение уровней депрессии и боли. При полисомнографии выявляется снижение времени засыпания и длительности бодрствования во сне, урежение частоты феномена «альфа-дельта сон» (показатель сна, весьма характерный для больных фибромиалгией и депрессией).

Таким образом, Мелаксен является достаточно эффективным и безопасным снотворным средством, которое может быть рекомендовано во всех случаях нарушений сна у больных любого возраста и с любой сопутствующей патологией без каких-либо видимых негативных последствий. Мелаксен успешно сочетается с вазоактивными, антиагрегантными и антибактериальными препаратами, в частности у больных мозговым инсультом. Имеющийся современный опыт применения Мелаксена не дает окончательных рекомендаций по времени его использования. В этом аспекте нам представляется достаточным 14–21-дневный срок приема препарата с возможными последующими повторными курсами. С учетом того, что нарушения сна, инсульты и многие другие заболевания многократно чаще возникают у людей старших возрастных групп, когда уровень МТ резко снижен, есть достаточные основания предлагать Мелаксен в качестве не только **лечебного**, но и **профилактического** средства. Весьма актуальна также проблема временного десинхроноза (возникающего, например, при быстром перемещении через часовые пояса) и связанных с ним нарушениях цикла «сон-бодрствование», которые успешно купируются Мелаксеном. Примером десинхроноза может служить и предменструальный синдром, при котором Мелаксен оказался весьма эффективным.

Многообразие биологических эффектов Мелаксена, его высокая эффективность и безопасность позволяют предположить, что далеко не все его возможности достаточно активно используются в современной медицине.



ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СНОТВОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИНСОМНИЕЙ

Т. С. Елигулашвили, кафедра нервных болезней ФППО ММА им. И. М. Сеченова, сомнологический центр МЗ РФ

В международной классификации нарушений сна инсомния определяется как «затруднение инициации и/или поддержания сна». История научного изучения инсомнии насчитывает более двух тысячелетий, начиная с трудов Аристотеля (350 г. до н. э.). В последние годы отмечается устойчивый рост научных исследований в области нарушений сна. Отчасти это объясняется развитием представлений о нарушениях дыхания во сне как о независимом факторе риска острой сердечно-сосудистой патологии и формированием мультидисциплинарного подхода к их изучению. Но и сама проблема инсомний привлекает все большее внимание, что связано не только с высокой распространенностью инсомний (до 45–50% всей популяции, а 9% и 12% имеют регулярные и частые нарушения сна соответственно), но и со значительным снижением качества жизни у больных инсомнией. Последнее определяет большую социально-экономическую значимость инсомнии. Например, показано, что в США общие (прямые и непрямые) потери от инсомнии составляют до 16,2 млрд. долларов в год.

Поскольку инсомния чаще всего носит вторичный характер, этиология инсомнии определяет выбор тактики лечения. Например, в случае вторичной инсомнии, связанной с ведущими депрессивными проявлениями, применяются антидепрессанты в сочетании с седативными препаратами. Однако в клинической практике основу лечения инсомнии составляет применение снотворных препаратов. К ним, прежде всего, относятся барбитураты, бензодиазепиновые и современные небензодиазепиновые препараты, на действии которых мы остановимся более подробно, а также группы препаратов, снотворный эффект которых является неосновным. Это: антигистаминные препараты, антидепрессанты, нейролептики, анальгетики.

В свое время применение барбитуратов явилось вехой в лечении нарушений сна, однако в настоящее время их в значительной степени заменили бензодиазепиновые препараты. Основное различие в механизме действия этих групп препаратов заключается в том, что барбиту-

раты действуют непосредственно на ГАМК-ергические рецепторы, в то время как бензодиазепины являются модуляторами ГАМК-ергических рецепторов (бензодиазепиновой его части) и действуют в присутствии эндогенной ГАМК.

Достоинством бензодиазепиновых препаратов является быстрое всасывание и, соответственно, уменьшение времени засыпания. Кроме того, бензодиазепины меняют структуру сна: увеличивают длительность 2-й стадии и уменьшают представленность дельта сна.

В клиническом аспекте важнейшим показателем действия бензодиазепинов является время полураспада. В зависимости от этого показателя выделяют 3 группы препаратов. 1-я группа – короткой длительности действия – до 6 часов. К ним относятся мидазолам (дормикум) и триазолам (хальцион). 2-я группа препаратов – средней длительности действия – от 6 до 12 часов: бротизолам (лендормин). Остальные бензодиазепиновые препараты составляют группу длительности действия (более 12 часов). Основным достоинством препаратов 1-й и 2-й группы является отсутствие постсомнических нарушений.

К относительным недостаткам бензодиазепиновых препаратов относится их действие на дыхательную систему: угнетение дыхательного центра и миорелаксирующий эффект. Показано, что это действие минимально у больных инсомнией без патологии органов дыхания. Однако у больных с подозрением на обструктивные заболевания органов дыхания (в том числе синдром обструктивных апноэ во сне, синдром повышенного сопротивления верхних дыхательных путей, первичный храп) следует отказаться от применения бензодиазепиновых препаратов. В этих случаях предпочтительно применение небензодиазепиновых препаратов короткой длительности действия.

Небензодиазепиновым препаратом последнего поколения является производное имидазопиридинов – зольпидем (**Ивадал**). Этот препарат короткой длительности действия (менее 3 часов) обладает более селективным действием на ГАМК-ергический рецептор. Он быстро и полностью всасывается из желудочно-

кишечного тракта, с чем связана быстрота наступления сна (через 11–30 минут). Пик концентрации препарата в плазме в среднем наступает уже через 1,6 часа, а период полувыведения составляет 2,5 часа. При этом, содержание активного вещества (при отсутствии активных метаболитов) в таблетке подобрано таким образом, что обеспечивается необходимая для 8-часового сна концентрация вещества в крови.

Фармакокинетика Ивадала отличается линейными характеристиками, то есть, независимо от дозы препарата, наблюдается прямая корреляция между показателями поступления препарата в кровь, распределения его в тканях и клиренса. С этими фармакокинетическими особенностями Ивадала связано отсутствие существенного влияния его приема на утреннее и дневное самочувствие и работоспособность. Это является чрезвычайно важным преимуществом, поскольку основным опасением при приеме гипнотиков является возможность ухудшения дневного самочувствия и активности. В отличие от производных бензодиазепина, препараты данной группы не вызывают снижения памяти даже в первые утренние часы. Их достоинством является физиологическое действие на архитектуру сна и отсутствие феномена отдачи после отмены препарата.

Создание новых снотворных препаратов связано с большей селективностью действия на ГАМК-ергические рецепторы. Предложены и внедрены в клиническую практику производные пиразолопиримидинов (залеплон), проводятся испытания нейроактивных стероидных модуляторов, естественных лигандов бензодиазепиновых рецепторов, применение которых возможно станет определяющим в выборе стратегии лечения инсомний.

Более подробную информацию о препарате Ивадал и возможности его закупки можно получить в Представительстве фирмы «Санofi-Синтелabo» по тел.: (095) 721 1400, факс: (095) 721 1410.

sanofi~synthelabo

КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕМЕРОНА ПРИ ДЕПРЕССИЯХ НЕВРОТИЧЕСКОГО КРУГА

Н. Н. Шинаев, И. И. Дачевская, Р. Г. Акжигитов, клиническая специализированная больница № 8 им. З. П. Соловьева – «Клиника неврозов», Москва

Депрессивные состояния к настоящему времени являются одними из самых распространенных психических расстройств, а к 2020 г., по прогнозу ВОЗ, могут занять второе место после ИБС среди причин нетрудоспособности. Среди них значительное место занимает депрессия, связанные по своему происхождению с внешними причинами (психотравмами, соматическими заболеваниями и пр.). Все они разнообразны по своей тяжести и проявлениям, хотя ведущими и постоянными среди них остаются симптомы пониженного настроения. Однако лишь треть случаев клинической депрессии распознается врачами, и лишь четверть больных получает адекватное лечение.

Широкая распространенность, полиморфизм депрессий, разные степени курабельности и адаптации больных сохраняют высокий исследовательский интерес ученых всего мира к данной группе расстройств.

На пороге XXI века все более отчетливо прослеживается тенденция выхода аффективной патологии за рамки психиатрического поля. Крупномасштабные мультицентровые исследования, проводимые психиатрами совместно с врачами других специальностей, выявляют наличие психических отклонений, требующих медикаментозной коррекции антидепрессантами, у 57% пациентов общей практики. При этом в 75% случаев лечение сопутствующих психических расстройств в соматических стационарах может осуществляться врачом общей практики, в 20% – им же, но с тесным участием психиатра, и лишь в 5% случаев есть необходимость перевода пациента в специализированный стационар.

Специализированная клиническая больница № 8 им. З. П. Соловьева – «Клиника неврозов» является крупнейшим лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим стационарное лечение больных с невротическим уровнем психических расстройств. За многолетний период работы клиника накопила опыт отбора и комплексного лечения больных, страдающих различными формами депрессивных состояний. Широкий спектр лечебно-диагностических мероприятий обеспечивает тонкое переплетение разнонаправленных воздействий, конечной целью которых является разрыв патологических стереотипов и компенсация болезненных проявлений.

Применение антидепрессантов для лечения больных с депрессивными расстройства-

ми сопряжено с рядом трудностей. Во-первых, большинство классических антидепрессантов оказывает эффект лишь на 3–4 неделе применения. Во-вторых, во время как трициклические антидепрессанты «отягощены рядом холинергических побочных эффектов, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина при высокой безопасности не обладают необходимой мощностью. В-третьих, сохраняют актуальность проблемы затяжного течения депрессий, приобретающих образ «депрессивного существования», и сопутствующей ему терапевтической резистентности.

В этой связи возникла проблема «идеального» антидепрессанта для общей практики, который должен отвечать следующим требованиям: низкая степень взаимодействия с соматотропными препаратами, простая схема лечения, безопасность при передозировке, высокая эффективность, минимальная поведенческая токсичность. На сегодняшний день препаратом, приближающимся к «идеальным» параметрам, является производимый компанией Органон мirtазапин (**Ремерон**). Он не относится ни к одному из известных классов психотропных препаратов, а принцип его действия отличается от всех известных антидепрессантов. Высокое селективное действие препарата направлено как на норадренергическую, так и на серотонинергическую нейротрансмиттерные системы, что предопределяет сочетание высокой эффективности с максимальной безопасностью.

С целью оценки эффективности и переносимости Ремерона у больных пограничными психическими расстройствами в процессе его рутинного применения, врачами-психиатрами в «Клинике неврозов» проведено исследование. В нем приняли участие 33 пациента от 18 до 63 лет, 9 (27%) мужчин и 24 (73%) женщины, из которых 31 полностью завершили лечение. Длительность заболевания в среднем составила 1 год. До начала лечения состояние всех больных оценивалось как средней тяжести.

Ремерон назначали однократно вечером в дозе 15 мг, а на четвертый день увеличивали дозу до 30 мг/сут. При отсутствии положительного эффекта на двенадцатый день дозу доводили до 45 мг/сут. Продолжительность лечения составила 6 недель, динамика выраженности психопатологических симптомов в процессе лечения и эффективность терапии оценивались клинически.

Как показали результаты исследования, Ремерон уже при краткосрочном применении вызывает выраженную редукцию аффективной и соматоформной патологии, практически не вызывая побочных эффектов и не влияя на когнитивные функции больных. Необходимо отметить, что при лечении пограничных психических расстройств на его исход оказывают значительное влияние не только свойства препарата, но и его полноценная интеграция в комплекс лечебных мероприятий, проводимых в условиях специализированного стационара, и даже отношение больного к проводимой терапии. Так, в трех случаях эффективной оказалась минимальная доза в 15 мг/сут, тогда как такая же доза явилась причиной субъективных болезненных ощущений у одной пациентки. Не всегда объективно регистрируемое улучшение самочувствия так же воспринимается больными. Эта тенденция особенно характерна для лиц, страдающих различными формами личностных расстройств. Отмечавшаяся у некоторых больных сонливость была значительно менее выраженной, чем при лечении amitриптилином. У больных с выраженной инсомнией требовалось дополнительное назначение гипнотиков. Тем не менее, это необходимо учитывать при амбулаторном назначении препарата больным, выполняющим действия, требующие внимания.

С введением в практику Ремерона клиницисты получили в свое распоряжение перспективный и универсальный антидепрессант. Ремерон обладает эффективностью, приближающейся к таковой amitриптилина, не имея при этом побочных воздействий последнего. Все это позволяет рекомендовать Ремерон при наличии показаний к проведению терапии антидепрессантами для широкого применения как в стационарах, так и в амбулаторных условиях не только психиатрам, но и врачам-интернистам.

Более подробную информацию о лечении в «Клинике неврозов» можно получить по адресу: 117419, Москва, ул. Донская, д. 43, тел.: 237-41-53, о препарате **Ремерон** (мirtазапин) в Представительстве фирмы «Органон» по тел.: 960 2897.



ПРОДЕП (ФЛУОКСЕТИН) В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Г. Р. Табеева, кафедра нервных болезней ФПО Московской медицинской академии
им. И. М. Сеченова*

Спектр неврологических заболеваний, сопровождающихся депрессией достаточно широк. Около 86% больных неврологических стационаров страдают в той или иной степени депрессивными расстройствами, однако не менее велика их представленность и в амбулаторной практике. Наряду с наблюдаемой в последнее время тенденцией к росту распространенности депрессии во всех возрастных группах отмечается отчетливое доминирование в их структуре атипичных амбулаторных форм, что несомненно определяет значимость применения антидепрессантов в неврологической клинике.

Для целого ряда неврологических синдромов доказана эффективность тимоаналептической терапии: депрессии при органических заболеваниях нервной системы (паркинсонизм, нарушения мозгового кровообращения), хронические болевые синдромы, психовегетативные и психосоматические расстройства. Среди всех форм неврологической патологии наиболее ярко представлены депрессивные расстройства у больных хронической болью. Высокая клиническая сопряженность хронической боли и депрессии имеет и патогенетическое обоснование, в частности общий механизм дефектности серотонинергических систем. Этот фактор является обоснованием практически обязательного использования серотонинергических антидепрессантов в лечении хронических болевых синдромов. Анальгетические свойства антидепрессантов показаны на целом ряде моделей хронической боли: головные боли напряжения, боли в спине, мигрень, постинсультные боли, фибромиалгия и др. В отношении избирательных эффектов при этом наблюдаются некоторые особенности – антиноцицептивный эффект большинства тимоаналептиков как правило наступает при меньших дозах (в 2–3 раза) и опережает по времени антидепрессивный эффект препарата. Это касается как трициклических антидепрессантов, так и препаратов нового поколения – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗ), которые благодаря избирательности механизмов действия и ограниченному количеству побочных эффектов находят все более широкое применение и в неврологической клинике. К числу последних относится флуоксетин. Это один из самых популярных и изученных во всем мире антидепрессантов.

Клиническая эффективность флуоксетина изучена на многих неврологических моделях.

К одной из самых труднодоступных для лечения категорий относятся больные фибромиалгией. Это одна из наиболее распространенных форм хронической боли, характеризующаяся диффузными миалгиями, депрессивными нарушениями, наличием болевых точек, расположенных в строго специфических зонах, расстройствами сна и множественными коморбидными нарушениями. Оценка клинической эффективности 6-недельного курса терапии флуоксетином показывает, что наряду с отчетливым антидепрессивным действием он обладает и противоболевым эффектом. Динамика ряда объективных показателей демонстрирует достоверное снижение уровня боли (по визуальной аналоговой шкале), снижение уровня депрессии по шкале Бека, количества болевых точек, повышение болевых порогов и нормализацию ряда других объективных параметров. В целом эффективность флуоксетина у больных фибромиалгией составляет около 86%. При этом выраженный эффект с купированием болевого синдрома и снижением степени выраженности тревожно-депрессивных проявлений, психовегетативного синдрома наблюдается примерно в 20% случаев. Значительный эффект с улучшением субъективных (самочувствие больного) и объективных показателей отмечается у 66% больных. При этом улучшение общего самочувствия, повышение интереса к жизненным событиям отмечается на 3–4 неделе терапии, в то время как анальгетический эффект наступает раньше – на 2–3 неделе, что позволяет достаточно быстро снизить дозы и в некоторых случаях полностью исключить прием используемых больными анальгетических препаратов.

Достаточно высокой эффективностью отличается флуоксетин и в отношении такой распространенной формы хронической боли как головные боли напряжения (ГБН). Его эффективность у больных ГБН в целом составляет 66%. Большинство пациентов сообщает о значительном урежении эпизодов головной боли, уменьшении интенсивности цефалгии, а также об улучшении общего самочувствия. После терапии этим препаратом у пациентов с хронической ГБН получены достоверные результаты, свидетельствующие о снижении уровня депрессии и реактивной тревоги, а также улучшении качества жизни.

Другим примером эффективного использования флуоксетина в неврологической практике являются «абзусные» головные боли. Их частота, высокая представленность деп-

рессии при этой форме и наличие фактора злоупотребления лекарственными, чаще анальгетическими препаратами – все это делает этих пациентов трудными для терапии. Существенных результатов удается добиться лишь при одновременном использовании антидепрессантов и полной отмене «абзусного» лекарственного препарата. Флуоксетин оказался эффективным не только в отношении депрессивной симптоматики, но и активным в отношении агических проявлений и коморбидных цефалгии нарушений. А основным преимуществом такого лечения является возможность более быстрой и достаточно полной отмены анальгетиков и купирование связанных с этой отменой психовегетативных расстройств.

Наряду с антидепрессивным, анксиолитическим, антипаническим, анальгетическим эффектами, препараты группы СИОЗ обладают и анорексигенным действием. Последнее свойство позволяет использовать их для коррекции пищевого поведения при ожирении. При назначении низкокалорийной диеты у больных ожирением с эмоциональным пищевым поведением на первых неделях диетотерапии появляется декомпенсация в психической и психовегетативной сферах, в основном в виде так называемой «диетической депрессии». Флуоксетин, применяемый в дозе 20 мг является активным фактором повышения чувства насыщаемости, что помогает больным соблюдать предложенные диетические мероприятия. За 6-недельный период лечения больные теряют в среднем около 13 кг.

Таким образом флуоксетин (**Продеп**, Сан Фармасьютикал Индастриз Лтд.) является современным лекарственным средством для лечения самых частых форм неврологической патологии, он хорошо сочетается с другими лекарствами, к нему не развивается привыкание и его отмена не сопровождается симптомами зависимости.

Более подробную информацию о препарате **Продеп** и о возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы Сан Фармасьютикал Индастриз Лтд. в Москве по тел.: (095) 334 2877, факс: (095) 332 6113; в Киеве по тел. (044) 216 0787, (044) 216 4968.





Сигизмунд Кржижановский (1887-1950) – поэт, прозаик, драматург, писатель-фантаст, «прозванный гений»... При жизни ему удалось опубликовать всего восемь рассказов. Те, от кого зависели публикации, не находили в его философских фантазмагориях, рассказах-метафорах «современности» и «актуальности». Но понимающие современники считали его писателем европейской величины.

Финал своей жизни он будто предвидел: в одном из рассказов описал, как буквы перестали держаться на бумаге, на вывесках, афишах, начали стекать, отказываясь соединяться в слова.

После спазматического приступа у него отказал участок мозга, ведающий знаковыми системами: Кржижановский забыл алфавит. А потом случился инсульт...

Мы публикуем отрывок из рассказа, написанного в 1928 году.

БОКОВАЯ ВЕТКА

(отрывок)

Рельсовые стыки отстукивали стаккато пути. Фуражка, свесясь козырьком с настенного крюка, раскачивалась из стороны в сторону, точно пробуя вытряхнуть из суконных висков мигрень. Квантин, отстегнув портфель, вынул газету. Но в чуть тлеющих под потолком угольных нитях было ровно столько света, чтобы мешать спать. Жухлые петиты листа неохотно осмыслялись в слова. Квантин сложил газету и придвинулся лицом к стеклу: сутулые контуры сосен, закрываясь черными распялами ветвей от света, падали в ночь. Было как-то зябко: не то тянуло от окна, не то лихорадило. Квантин попробовал было голову поверх портфеля и ноги под пальто. Но короткая и скользкая ткань свесью рукавов – вниз, и под плечом вздрагивала жесткая доска. Лучше встать и дободрствовать. Недалеко уже. Паровоз сиплым и слабогрудным звуком взвыл и оборвал. «Как заблудившийся», – подумал Квантин и приподнялся на локте. Козырек на крюке по-прежнему, но чуть медленнее и раздумчивее, раскачивался с таким видом, как если б под ним были запятаны глаза. «Если представить себе страну или мир, в котором под тульи шляп, под кожаные подкладки их, иногда, – ну, пусть редко-редко – забредали бы так, по соседству, окраинные причерепные мысли, какие-нибудь пустячные мыслишки, отлучки которых от головы в шляпу совершенно незаметны для мышления, то... – мягкий толчок, точно не буферами о буфера, а подушечьим пухом о пух, вдруг остановил поезд, – то (должно быть семафор)... нет, лучше не вдоль то, а по боковой. Если предположить, что самый наш мозг по-

верх другого мозга, как шляпа поверх головы, что тот в настоящую думающий, подкорковый, раскланивается моим мышлением, приветственно приподымает его при встрече с...». Но вперерез мысли точно тень опустившегося семафора и о слух ватным прикосновением:

– Прошу предъявить ваши сновидения.

Квантин приподнял голову. Под кондукторским кантом рыжая борода, сквозь бороду улыбка:

– Будьте любезны, приготовьте ваши сны-с...

...Квантин, сощурился, пробует взглянуться, но и оконца уже прыгнули в ладонь, голубой фонарь отвернулся и сквозь бороду, вперемешку с улыбкой:

– Торопитесь. Легко прободрствовать. Пересадка.

Квантин хочет спросить – куда, и при чем тут сны. Но спина кондуктора уже выскользнула из двери, и вдоль вагонов где-то из-за десяти стенок слышится его веселое: «Прошу предъявить ваши сновидения».

Делать нечего. Квантин поднялся и – к выходу. Ноги его как-то ватно легки и пусты, портфель под локтем мягок и упруг. Как взбитая к ночи подушка. Ступеньки сводят шаги вниз. Под подошвами теплая земля. В стороне от остановившихся колес – новый состав...

«Боковая ветка, – подумал Квантин, – ржавая узкоколейщина, саркофаги на колесах, как бы не заехать в катастрофу». Но вдоль темного низкокрышья уже скользил голубой глаз фонаря. Свисток на высокой сверчковой ноте проиглился сквозь тьму. Наткнувшись на ступеньку, Квантин

схватил подставившийся поручень и впрыгнул в вагон. Лязгнули тимпанным переплеском буфера, и поезд тронулся.

... Сначала окна вагонного кузова медленно терлись о воздух. Старый паровичок, шаркая паром, казалось, шел сквозь ночь, волоча мягкие ночные туфли, то и дело спадающие с пят. Но постепенно колеса надбавляли скорости; рельсы сматывались с них, как нити с катушек, раскручиваемых быстрями вращением шпук...

Квантин дернул за кожаное ухо стекло, и оно, тонко звякнув, скользнуло вниз. Мягкий тропический влажный ветер ударил в лицо. Мимо поезда в пролазоренном воздухе неслись очертания непривычных глазу деревьев – их стволы, редкими семьями разбросанные по холмам, выгибали свои голые чешуйчатые тела кверху, чтобы там, у вершины, распасться гигантскими зелеными лопастями. «Пальмы», – вместе с ветром скользнуло вдоль лба. Квантин хотел доосознать: как так, среди порослей приболотных ив, зябких берез, наглившейся хвои, – и вдруг? Но, казалось, скорость поезда на полумысль, на полуоборот колеса опережала логику. И после этого теплый, крылом о душу, ветер. Вместе с искрами из раскала трубы мимо глаз неслись пестрые стаи птиц, об уши бились их курлыканье и клетот; в раскрытое окно то рушился гул дальнего обвала, то всплеск струн, оторванный ветром от невидимой деки; благоухание неведомых трав, горькое и пряное, врывалось в ноздри; вброшенная ударом голубого воздуха, в вагон впорхнула бабочка и билась смятыми крыльшками над подпотолочной сеткой. Кван-

тин узнал узоры ее пыльцы: *ipania girteus*, притропический вид, не перелетающий и двадцатой параллели. Страница энтомологического атласа, приподнявшись – своими пестрыми подобиями – в память, снова опала под переплетную крышку. И Квантин заметил: скорость поезда убывает. Разгоряченные бока вагона еще раскачивает инерцией, но скрип рессорных дуг ниже и реже; контуры в раме окна четче и медлительнее; под колесами, раздельно стуча стыками, прогудела пустота мостового пролета. Перещелк стрелок, длинный – оборвавшейся нитью – свисток, астматический выдох и вскрик паровоза, и ступеньки вагонов повисли над землей, Квантин отыскал свой сброшенный на пол портфель и, оглядываясь по сторонам, вышел на перрон.

...Боясь заблудиться, он пошел вслед за отголоском. Но навстречу – развиле двух тесных улиц. Вправо или влево? Квантин двинулся наугад и вскоре увидел, что ошибся. Улица, выгибая каменные ребра, уводила прочь от шумов и звучаний. Вместо щелистых жабр жалюзей – глухой затиск ставень. Казалось, забреди сюда случайно волна звука, и та будет скользить, пригибая свои извивы и пугливо отдергиваясь от ушных раковин. Квантин покорно прибавлял к шагу шаг. Ни перекрестка, ни встречи. В мускулы входила усталость, в виски терлась тяжелеющая кровь.

Вдруг из-за поворота негромкий, но внятный шум. Квантин стяхнул с мозга усталость, как пыль со шляпы, и жадно бросился навстречу. Дверь в одной из стен была распахнута на улицу. Возле ступенек – телега на остановленных ободах. Несколько человек, молча подымающихся и опускающихся по ступенькам, грузили люлькуобразное днище мягко вздувающимися один над другим тюками. Нетрудно было узнать с первого же взгляда: это были подушки, четырехрогие, жирные, влипшие пуховыми животами друг в друга подушки. Квантин приблизился. Человек в зеленом фартуке, цедивший дым из своей трубки, изредка разжимал зубы для короткого приказания, и гора подушек быстро росла. Увидев постороннего, человек повернулся трубкой навстречу его взгляду:

– Да-с, с делом поставки снов спать не приходится. Работаем. Не-

дреманно. Хорошо просненная подушка – старое, обслуживающее миллионы изголовий орудие грезпроизводства. Достаточно легчайшего прикосновения к пуху, спрятанному под наволочкой... и вот – не угодно ли?

Человек, отерев ладонь о фартук, притиснул ее к одному из вздутый. И тот час же – сквозь прощелки пальцев – легкий пестрый дымок, медленно склубливающийся в какие-то неясные и шаткие контуры. Свободная рука мастера нырнула под фартук, и перед Квантиным вспучился прозрачный глаз лупы.

– Так будет виднее.

Вщуриваясь сквозь стекло, он ясно теперь видел: из подушки, выдавленные ладонью, высачивались образы людей, деревьев, свивающихся спиралей, тел и реющих одежд;

прибедняться, да-с. Трогай.

Последнее слово, очевидно, относилось к телеге. Лениво шевеля спицами, она двинулась с места, укачивая на рессорах груди просненных подушек. Квантин, прикоснувшись к полям шляпы, хотел вслед за ободами, но человек в зеленом фартуке удержал его:

– Пройдем на минуту. Не зацепитесь за порог. Вот. Теперь я покажу вам нашу последнюю модель, *somnifera ultima*, замаскированный тип подушки.

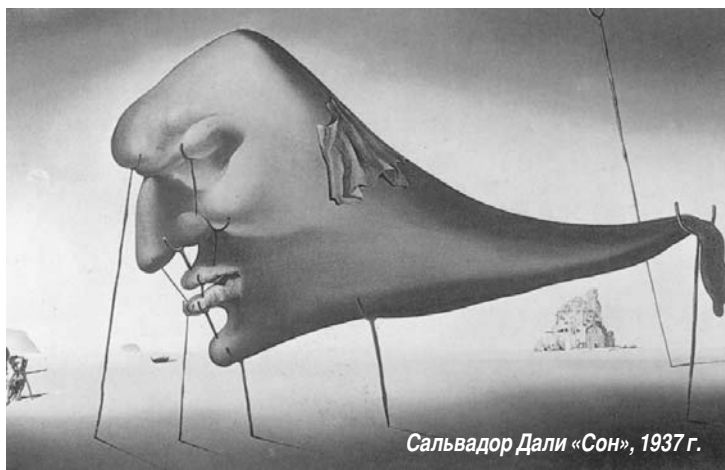
Он дернул за шнур, одна из перегородок склада опустилась, и изнутри по склону хлынули черным потоком вспученные, прыгающие четырехугольями через четырехуголья портфели.

Рука мастера выхватила один из напряженных концов портфеля:

– Вот, не угодно ли: усовершенствованное подмышле. Впрочем, у вас уже есть – ага, узнаю нашу марку. Ну вот. Черкожаная наволочка, набитая цифрами, проектами, графиками, итогами и перспективами, – это, я вам скажу, большой шаг вперед по сравнению с обыкновенной дедовской постельной подушкой. Никаких матрацев, выключенного света и прочих прочестей. Вам незачем даже утруждать голо-

ву и прятать зрение под веки. Стоит лишь сунуть вот эту штуку под локоть, и вы, не меняя даже вертикального положения на горизонтальное, с раскрытыми глазами, при ярком дне, погружаетесь в глубочайший сон: вам снится, что вы деятель, вершитель, общественник, измыслитель новых систем – и портфель-видная подушка, выпруживаясь из-под локтя, толкает из снов сны. Вздуваются: печень – честолюбие, наконец, мозг – он распухает вширь, последние мозговые извилины и морщины на нем выравниваются, он делается гладок и чист от мысли, как хорошо взбитая подушка. Вот-с. Правда, мы делаем пока лишь так, первые опыты с подлокотной подушкой. Не более. Но результаты таковы, что и сейчас нетрудно предсказать: в технике убаюкивания будущее принадлежит портфелю..!

(С. Кржижановский «Воспоминания о будущем» Изд. «Московский рабочий», 1989г. Фото М. Наппельбаума)



Сальвадор Дали «Сон», 1937 г.

казалось, пестрый воздух, качающийся над пальцами, сделался решетчато раскрытым в множество текущих друг сквозь друга миров.

Мастер отдернул лупу:

– Ну вот. Что такое перья, полнящие эти вот дутьши? Крыло, разорванное на многое множество крохотных крылатостей, взлет, раздерганый в пух. Зашитые в подушку, эти крохотные крылатости бьются внутри ее, пытаясь освободиться и взлететь ввысь. Это им не удается, они тщетно распирают подушку, пока чей-нибудь мозг не подставит себя под атомизированный взлет, и тогда... Что же касается до склонности человеческого мозга к общению с подушками, то она вполне естественна: они, я бы сказал, в родстве – подушка и мозг. Ведь в самом деле, что у вас под макушкой? Так – серо-белая, пористо-перистая мякоть, обернутая в три наволочки. (Ваши ученые называют их оболочками). Да, я утверждаю, что в головах у каждого спящего всегда на одну подушку больше, чем он думает. Незачем

Пульс

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Редакция газеты "Больница" и издательство "Пульс" готовы помочь лечебным учреждениям, медицинским центрам и НИИ в подготовке и выпуске печатной продукции:

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезни)

ВИРТУАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА-МАГАЗИН

Медицинской продукции и услуг

MED-TEX

WWW.MEDTEX.RU

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Государственного образовательного учреждения
Всероссийский учебно-научно-методический Центр
по непрерывному медицинскому и фармацевтическому
образованию Минздрава РФ

Москва, Лосиноостровская, д. 2

Тел.: 963 8301, 963 8314, 963 8306, 963 3758

Объявляет прием учащихся, окончивших 11 классов, на специальности:

«Зубной техник» (на бюджетной и договорной основе);
«Медицинская сестра широкого профиля» (дневное и вечернее отделения).

Иногородние обеспечиваются общежитием.

**Здравоохранение
межрегиональная выставка**

11-13 | октября



2000
г. Воронеж

медицинское оборудование
(лечебное, диагностическое,
физиотерапевтическое,
лабораторное);
инструментарий и расходные
материалы;
фармацевтические препараты;
стоматологическое оборудование;
средства для стерилизации
и обработки.

Организаторы:
Администрация Воронежской области;
Администрация г. Воронежа;
Ассоциация "Черноземье";
Выставочная фирма "ВЕТА"

ВЕТА

тел./факс: (0732) 51-20-12, 77-48-36
E-mail: sh@pyramid.ru, http://www.pyramid.ru

HOSPITAL
Больница

тел./факс: 465 4854

www.hospital.da.ru;

E-mail – hospital@dataforce.net

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ. Индекс по каталогу "Роспечати" 32608.

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

Стоимость подписки в этом случае будет значительно меньше. Представители медицинских учреждений могут получить газету в редакции бесплатно.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издаётся с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ**