

противотуберкулезной службы (оснащение клиничко-диагностическими лабораториями и т.д.). Заканчивается строительство взрослого и детского противотуберкулезного диспансеров за счет средств федерального и республиканского бюджетов. Успешно реализуются международные проекты с участием Международного банка реконструкции и развития, Всемирной организации здравоохранения.

За последние годы за счет улучшения диагностики на более ранних стадиях болезни отмечается повышение показателей заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. По данным за 11 месяцев, количество выявленных больных выросло на 4,6%.

Растет показатель болезненности наркоманией и токсикоманией. Заболеваемость населения алкогольным психозом снизилась на 24,1%.

В отрасли здравоохранения началась работа по подготовке к переходу на нормативное финансирование лечебных учреждений, ориентированное на конечный результат и отраслевую систему оплаты труда. Сутью данной методики является оценка деятельности учреждений здравоохранения по достигнутому практическому результату, выраженному в конкретных цифрах объемов оказания медицинской помощи и профилактики. Внедрение данной программы начинается с февраля 2008 г. в 10 «пилотных» ЛПУ.

Главным политическим событием 2007 г. стал XV съезд медицинских работников и общественности республики. В работе съезда приняли участие представители Минздрава России, ведущие российские ученые. Съезд подвел итоги реализации Концепции совершенствования здравоохранения Республики Саха (Якутия), принятой на предыдущем съезде. Основными направлениями развития отрасли на последующие годы определены вопросы модернизации здравоохранения, проблемы оказания медицинской помощи коренным малочисленным народам Севера, охраны здоровья женщин и детей, профилактики социально значимых заболеваний.

Подготовлено пресс-службой Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

И.А. Иванов

ДЕПРЕССИЯ И ЕЁ ФОРМЫ, ПРИЧИНЫ, МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ (окончание)*

Что такое антидепрессант? Это лекарственное средство, облегчающее или предотвращающее депрессию. Оно способствует выделению строго определенных химических веществ в головном мозгу человека, страдающего депрессией. Существуют три главные категории антидепрессантов: 1) трициклические антидепрессанты (ТЦА), 2) ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) и 3) ингибиторы избирательного поглощения (обратного захвата) серотонина (ИИПС).

Трициклические антидепрессанты повышают в мозгу концентрацию серотонина, норадреналина за счёт уменьшения скорости поглощения их нервными клетками. Для достижения уровня концентрации, при котором симптомы депрессии начнут исчезать, может понадобиться несколько недель.

Ингибиторы моноаминоксидазы препятствуют синтезу фермента-моноаминоксидазы. В мозгу этот фермент разрушает нейромедиаторы, такие как серотонин и норадреналин. Таким образом, ИМАО, ограничивая активность моноаминоксидазы, блокирует

разрушение этих нейромедиаторов.

ИИПС – это самая новая из трёх основных категорий антидепрессантов, группа лекарств, предназначенных для лечения депрессии через «избирательное» препятствование поглощению серотонина. Это означает, что, в отличие от ТЦА, они не блокируют холинергические рецепторы мозга. Есть к тому же лекарственные средства, не принадлежащие к этим биохимическим группам. А другие лекарственные средства, в частности препараты лития, хотя и не являются антидепрессантами, но вполне успешно используются при маниакальной депрессии (депрессивная фаза МДП) и других расстройствах. Вспомним и эглонил, средство, которое применяется при язвенной болезни, в то же время, считающееся одним из лечебных средств при терапии, преимущественно, неглубоких депрессий.

Возникает естественный вопрос: какие антидепрессанты обладают наилучшими терапевтическими возможностями? Специалисты после тщательных наблюдений за более чем 400 случаями клинического применения антидепрессантов пришли к заключению, что ни один из антидепрессантов не является более эффективным, чем

другой. Нет среди них такого, который бы приводил к выздоровлению всех пациентов или стойкому улучшению. Были просто названы лекарственные средства, применение которых, в первую очередь, рекомендуется для лечения депрессии. Врач может рекомендовать пациенту ряд антидепрессантов, прежде чем обнаружится наиболее эффективное средство. Но это не говорит о том, что выбор антидепрессантов делается наугад. Поскольку некоторые депрессивные состояния лучше поддаются воздействию определенных антидепрессантов, врач должен учитывать данную конкретную особенность лекарственных средств. Если у врача в прошлом был удачный опыт применения какого-то определенного антидепрессанта у конкретного пациента, необходимо использование этого же препарата снова. Некоторым больным депрессией, трудно поддающимся лечению, необходимо бывает назначение комбинированной терапии, например, препаратов ТЦА и ИМАО, солей лития и ИМАО, какого-нибудь антидепрессанта и препарата щитовидной железы. По неустановленным пока причи-

ИВАНОВ Иван Андреевич – врач-психиатр высшей квалиф. категории.

* Начало статьи см. в №4 (20) 2007 г.

нам назначение гормона щитовидной железы, даже если концентрация его в организме в пределах нормы, может влиять на эффективность лечения антидепрессантами. Известно и то, что некоторые антидепрессанты несовместимы. Например, ТЦА могут таким образом взаимодействовать с ИМАО, что возникают озноб, жар, конвульсии и порой могут привести к смерти. При их сочетании рекомендуется брать меньшие дозы обоих лекарств по сравнению с их приемом по отдельности. Также известно, что сочетание ИИПС и ИМАО приводит ко многим негативным последствиям: возникают озноб, жар, кожная сыпь, увеличиваются лимфатические узлы, появляется повышенная утомляемость, а в худшем случае развивается серотонергический криз, для которого характерны высокая температура, тахикардия (учащение сердцебиения), пониженное артериальное давление, а то и кома, которая иногда может закончиться смертью.

При переключении с ИМАО (например, ипразид, нуредаль, ниамида) на ТЦА, или наоборот, обязательно нужен перерыв, необходимый для режима «вымывания» из организма предыдущего лекарства. В некоторых случаях, например при назначении пароксетина после применения ТЦА режима «вымывания» не требуется. При переходе с флуоксетина, который мы начинаем применять, на ИМАО или с ИМАО на трициклический кломипрамин (анафранил) рекомендуется соблюдение такой выдержки в течение 5-6 недель. Резко прекращать приём антидепрессантов после наступившей ремиссии ни в коем случае нельзя. Это может привести к рецидиву депрессии. Даже если депрессивный эпизод закончился, организм должен постепенно привыкать к снижению дозировки. Пятилетнее исследование учёными Медицинского центра Питсбургского университета (США) показало, что имипрамин (мелипрамин) особенно эффективен при предотвращении рецидива.

Теперь вкратце о побочных действиях антидепрессантов. Так, ТЦА в основном обладают антихолинергическими (холинолитическими) эффектами в виде сухости во рту, запора и задержки мочи или затруднения мочеиспускания. Другие антихолинергические явления, особенно у пожилых – это проблемы с познавательными способностями и памятью. Распространены и такие побочные эффекты: повышенное потоотделение, головокружение, ослабление половой потенции, мы-

шечные судороги, утомляемость, слабость и тошнота. У некоторых людей обнаруживаются учащенное сердцебиение, порой может развиться аритмия. Эти побочные эффекты быстро исчезают или могут быть уменьшены снижением дозировки или заменой их другими антидепрессантами. Поскольку ТЦА могут вызывать серьёзные кардиологические осложнения, неправильное применение высоких доз может привести к смертельному исходу. Лечащий врач должен учитывать все эти их особенности. Отличительной характеристикой ИМАО, кроме тех, которые могут встречаться при применении других антидепрессантов, является то, что они реагируют с некоторыми видами пищи и алкогольными напитками, а также с некоторыми лекарственными средствами, что приводит к тяжёлым последствиям. Это выражается в виде опасного повышения артериального давления, головной боли, головокружения, тошноты, рвоты, возможны спутанность сознания, психотические симптомы, припадки и кома. Такими продуктами являются старые сыры, копчёности, маринады, ферментированное и как-либо обработанное мясо, рыба и соевые продукты, сухое красное вино и другие красные вина, спелый инжир и пища, содержащая глутамат натрия. Большое количество аминокислоты с ИМАО также резко повышает артериальное давление. Если кто принимает препараты ИМАО, он должен изъять из рациона питания все продукты и напитки, указанные в этом списке.

Первым из группы ИИПС, ставшим доступным в США (1988) и распространёвшимся во всем мире, является флуоксетин. Применение флуоксетина рекламируется повсеместно, поскольку он лечит депрессию без присущих другим антидепрессантам побочных эффектов. Например, сухости рта, вызываемой препаратами группы ТЦА, или пищевых ограничений, обязательных при применении ИМАО. Но всё же побочные эффекты в виде тошноты, порой рвоты, страха и раздражительной слабости, нарушения сна, головной боли и кожной сыпи, хотя и редко, могут встречаться при приёме первоначальных доз флуоксетина. Известно, что флуоксетин провоцирует маниакальный эпизод у тех лиц, которые перенесли в прошлом биполярное расстройство или у тех, чьи родственники страдали этой болезнью. Но эта же особенность присуща и многим другим антидепрессантам. К этой категории антидепрессантов относятся пароксетин и сертралин. ИИПС часто

назначается пожилым людям, потому, что они хорошо переносят такие же равнозначные дозы, которые назначаются молодым людям. К тому же считается, что флуоксетин обладает все же более лёгкими побочными действиями.

Есть и другие лекарственные средства, не входящие в вышеперечисленные три основные категории антидепрессантов. Например, венлафаксин, который выпускается венгерской фирмой «Эгит». По своему действию на организм человека он имеет сходство с ИИПС, и отличие его заключается в том, что он препятствует обратному захвату в рецепторах не только серотонина, но и норадренина (норадреналина). Таким образом, получается избирательное препятствование двойному захвату. Эта фирма за последние годы начала выпускать другой антидепрессант с аналогичным вышеописанному препарату эффектом под названием велафин. Оказывается, этот препарат впервые в нашей стране нашёл практическое применение в Приморском крае, начиная с 2005 г. У венлафаксина отмечались некоторые мягкие побочные эффекты, свойственные ТЦА и ИИПС. Велафин же рекламируется как лекарственное средство без побочных действий. Но в жизни часто бывает так: лекарственного средства, соответствующего по своим характеристикам фармакологического действия всем требованиям медицинской практики, мы почти не встречаем.

Теперь о солях лития. Препарат лития назначается больным маниакально-депрессивным психозом. Он, как показывает практика, устраняет аффективные колебания в обоих направлениях. Фактически соли лития в течение десятилетий в прошлом были единственным средством лечения маниакальной депрессии. Однако соли лития были эффективны примерно в половине случаев лечения, и в настоящее время они почти сошли со сцены. Это ошибочное решение, которому не должно быть никаких оправданий. Правда, у солей лития бывает ряд осложнений. Исследование концентрации лития в крови проводится методом пламенной фотометрии. Высокое содержание в организме лития (известное как литиевое отравление) вызывает металлический привкус во рту, тошноту, сонливость, головокружение, спутанность мыслей, сопровождающуюся невнятной речью. Могут возникнуть судорожное сокращение мышц, аритмия сердца, нарушение зрения в виде его затуманивания. Большая

передозировка лития может привести к смертельному исходу. Вместо препаратов лития в зарубежных странах при лечении маниакальной депрессии порой дают противосудорожные средства, например, карбамезапин (финлепсин) и валпроат. Некоторые с литием комбинируют приём одного из названных противосудорожных препаратов. Но ни одно из этих средств не получило одобрения специалистов при лечении маниакальной депрессии.

Из других способов лечения депрессии осталось говорить об электросудорожной терапии (ЭСТ) и лечении светом, которые являются биологическими методами. Учёным известно, что ЭСТ временно сглаживает обычные электрические паттерны мозга, также было установлено, что ЭСТ изменяет рецепторы у группы нейромедиаторов, на которые влияют трициклические антидепрессанты. В целом механизм воздействия ЭСТ на депрессию остаётся ещё загадкой. Этот метод – один из самых спорных в психиатрии. Как правило, на протяжении 3 недель люди проходят 8-12 сеансов. Главной причиной этого являются наблюдаемые случаи длительного расстройства памяти у некоторых больных (4-6 месяцев, а то и годы в виде антеро-ретроградной амнезии (неспособность вспомнить события, предшествовавшие лечению ЭСТ и после неё)). Более десяти лет метод ЭСТ был дискредитирован как средство лечения депрессии. В 1975 г. в США появился знаменитый фильм «Полёт над гнездом кукушки». В нём очень правдиво и высокохудожественно были сфокусированы все те негативные обстоятельства, связанные с применением ЭСТ (даже т.н. коррекция поведения беспокойных пациентов, доставляющих хлопоты медперсоналу),

изощрённые нравы, царящие в психиатрической больнице, что фильм получил премию «Оскар». Однако в 1985 г. специалисты из НИПЗ (США) пришли к мнению, что нельзя отказываться от применения ЭСТ при лечении больных с бредовой депрессией. Они заявили, что этот метод лечения для больных, находящихся в острой маниакальной фазе, столь же эффективен, как препараты лития. Для других форм депрессии, включая дистимию, применение ЭСТ исключено. Возможность его применения больным расширяется в тех случаях, когда антидепрессанты им не подошли и когда их состояние препятствует назначению антидепрессантов. В эту категорию входят многие пожилые люди с соматическими осложнениями, а также женщины с психотической депрессией в первом триместре беременности. Учёные считают, что процент рецидивов через год после проведения ЭСТ достаточно высок – в пределах 30-60%. Это при том обстоятельстве, если больные не принимали антидепрессанты или препараты лития.

Световая терапия в основном используется при лечении сезонного аффективного расстройства (САР). Как правило, используется обычная лампа дневного освещения мощностью 10 люкс, что равносильно количеству света, проходящему через окно в весенний солнечный день. Люди с САР должны лечиться этим способом в течение 3-4 недель.

«За» и «против». Что более эффективно – психотерапия или лекарства? Ответ целиком зависит от того, кто отвечает на этот вопрос. Многие специалисты НИПЗ (США) и психиатры, не только американские, являются сторонниками медикаментозной

терапии. Психологи и общественные работники защищают психотерапию. Однако граница здесь размыта. Психологи часто направляют своих пациентов к психиатрам для назначения медикаментозного лечения, а многие психиатры предлагают психотерапию, тем самым комбинируя два этих метода. Психотерапия должна проводиться тем интенсивнее, чем большая роль в возникновении депрессии принадлежит психогенным факторам. Как показали опыты с плацебо в клинике, успех фармакотерапии зависит не только от правильности диагноза и выбора антидепрессивного препарата, но и от устойчиво хороших отношений между врачом и больным. Предпосылкой успешного лечения депрессий является поэтому разумное сочетание фармако- и психотерапии.

Литература

Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах / Ш. Вудс. – СПб.: Изд-во «Питер Ком», 1998.

Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии: доклады, представленные на симпозиуме, проходившем 10-12 сентября 1970 г. в г. Москве / под ред. проф. Э.Я. Штернберга и д-ра мед. наук А.Б. Смусевича. М. – Базель, 1970.

Машковский М.Д. Фармакология антидепрессантов / Машковский М.Д. и [др.]. – М.: Медицина, 1983.

Салманс С. Депрессия. Вопросы и ответы / С. Салманс. М.: Крон-Пресс, 1998.

Тювина Н.А. Психические заболевания. Клиника. Профилактика. Лечение Н.А. Тювина. – М.: Крон-Пресс, 1997.

Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии: тез. докл. Межрегиональной науч.-практ. конф. «Психотерапия аддитивных и эндогенных расстройств», 2 июня 2004 г. – Новосибирск, 2004.

О.В. Шадрина, Т.Е. Бурцева, В.Г. Часнык

АРИТМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

В последние десятилетия отмечается существенный рост заболеваемости по классу болезней системы кровообращения во всех возрастных группах. Наиболее тревожным является факт увеличения этой патологии у детей в периоде новорожденности и раннего возраста. Наряду с врожденными пороками сердца на одно из

первых мест выходят так называемые функциональные болезни сердца и сосудов, среди которых ведущая роль принадлежит нарушениям сердечного ритма и проводимости [8]. Частота встречаемости дизритмий в структуре патологии сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей составляет 1-9% [10,14].

О генетической предрасположенности к сердечным аритмиям

Накопленные клинические данные о семейных случаях аритмий, обследование семей с высокой частотой внезапной смерти в молодом возрасте послужили основанием для проведе-

ния генеалогических и молекулярно-генетических исследований [1].

В настоящее время известно, что некоторые нарушения ритма сердца генетически детерминированы. В частности, врожденные формы удлиненного интервала Q-T, к которым относят синдромы Романо-Уорда и Джервелла-Ланге-Нильсена. Частота обнаружения синдрома удлиненного интервала Q-T составляет 1:5000-7000 детского населения [19]. 64% больных составляют лица женского пола. Синдром удлиненного интервала Q-T выявляют у 0,8-1% детей, страдающих глухотой [3]. Синдром Романо-Уорда имеет

ШАДРИНА Ольга Викторовна – аспирант Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., с.н.с ЯНЦ СО РАМН; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав кафедрой СПбГПМА.