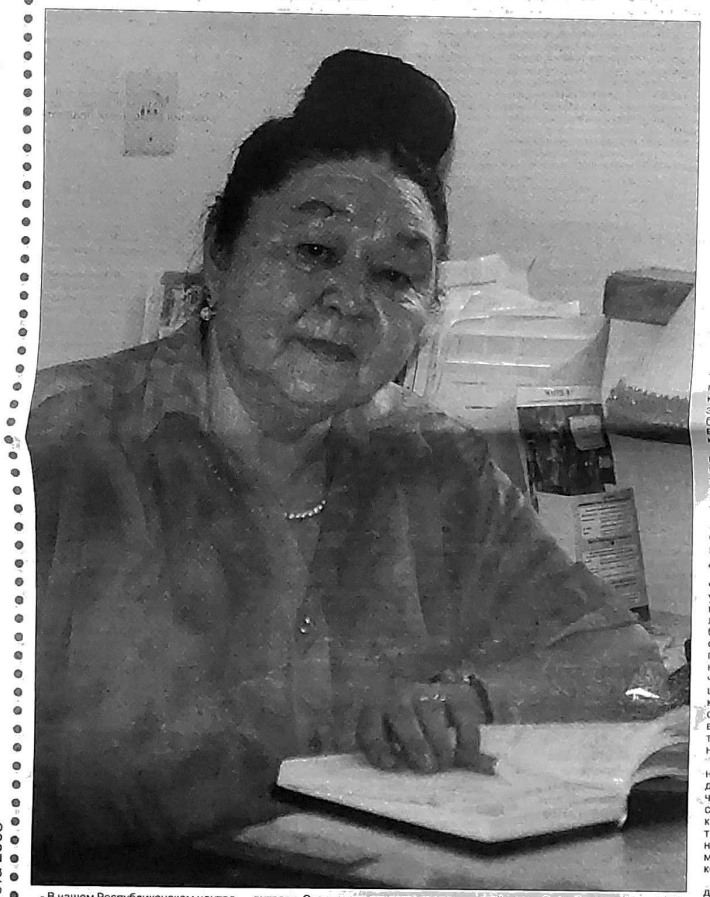
ВСЕ ДУМЫ МОИ О ДУШЕ

В 2005 году исполняется 70 лет научной психиатрии в Казахстане. Она берет начало в 1935 году с открытия кафедры психиатрии в Алматинском государственном медицинском институте. Теперь это Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова. Сразу же по окончании в 1951 году Алматинского мединститута стала увлеченно врачевать и вести научно-исследовательскую работу в сфере психиатрии Разалия Илешева, являющаяся ныне заслуженным деятелем науки РК, доктором медицинских наук. Сегодня главный научный сотрудник Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения РК профессор Разалия Галиевна ИЛЕШЕВА - наша гостья.



- В нашем Республиканском центре я помимо своей основной научной деятельности занимаюсь исследованием истории психиатрии в Казахстане. Издала книжку "История судебной и социальной психиатрии Казахстана", опубликовала массу статей в специальных научных журналах и сборниках.

Изначально развитие психиатрии у нас шло не так, как в России и Европе. Больным практически не оказывалось никакой специализированной помощи. Если в России первая психиатрическая больница была открыта еще в конце XVIII века, то у нас только в 1861 году в Уральске, на моей родине, и в Жамбейтинском районе Западного Казахстана было отведено по 10 коек, причем не в специализированных учреждениях, а в местных военных госпиталях. Это и стало началом практической психиатрии в Казахстане. Врачей-психиатров насчитывались единицы, и все они были питомцы российской школы.

- А какова биография вашего центра?

- О, он еще очень молод. В мае 2005-го года ему исполнилось три года. Раньше это была Республиканская клиническая психиатрическая больница, известная старожилам Алматы как "дом на улице Узбекской". Она была открыта еще в 1896 году. В 2006-м ей исполнится 110 лет. У нее очень интересная судьба. Сначала она именовалась Семиреченской областной, потом Джетысуйской областной, далее губернской, потом Алма-Атинской окружной, затем районной, областной, потом она стала Второй республиканской, затем Республиканской клинической психиатрической больницей, которая и была преобразована в нынешний Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии Минздрава РК.

- Разалия Галиевна, на будущий год исполнится 55 лет вашей врачебной и научной деятельности в сфере психиатрии...

- Да, свою любимую профессию я выбрала еще на студенческой скамье и окончила вуз с красным дипломом.

- Я попрошу вас сопоставить уровень знаний в области психиатрии в 1951 году и сейчас.

- Можно обратиться и к более ранним временам. Суть и структура психических болезней во всем мире и во все эпохи не менялась. Особенно это касается врожденных заболеваний, т.е. наследственно обусловленных. Даже их процент в общем перечне заболеваний не меняется. Но зато меняется удельный вес тех или иных недугов. Сейчас повсеместно очень широко распространена депрессия. Хотя, как мы говорим, это не диагноз. Депрессии могут быть различного происхождения.

В сравнении, скажем, с предвоенным периодом постоянно и значительно увеличивается число так называемых пограничных форм психических расстройств. Это расплывчатое состояние между психической нормой и психическим заболеванием как таковым или психозом. А в годы Великой Отечественной войны число психических расстройств даже уменьшилось.

- Выходит, война оказалась фактором оздоравливающим?

- Мобилизующим фактором! Вот что самое главное. Когда все силы организма направлены на победу. Люди шли на войну с эмоциональным подъемом, стремлением победить, ибо выбора не было. Но это был короткий этап. Во все последующие годы во всем мире идет, повторяю, рост пограничных форм психических расстройств.

- Независимо от социально-экономического состояния общества?

- Независимо. И в экономически благополучных странах, и в бедных.

- Вот Швеция - одна из самых благополучных стран...

- А там, между прочим, самый высокий процент суицида. Это очень сложная проблема. Суицидология - отдельная наука, отделившаяся от психиатрии. Там очень много причин и психологического свойства, и психиатрического. В 1960 -70 годы высокий процент суицида был в Венгрии. Некоторые специалисты придают здесь значение этно-культуральным особенностям национальной психологии. В Удмуртии, например, весьма высокий процент суицида.

Этнопсихология народа создается веками. Почему казахи - люди широкой натуры, не мелочные, с высокой толерантностью? Потому что веками живут в широких степях, на раздолье. Потому они и неторопливые, раздумчивые и всепрощающие, с очевидной психологической устойчивостью. Тут влияние и географии, и образа жизни, и питания, и многих других факторов.

Но вернемся к пограничным психическим расстройствам. В их перечне увеличился процент психосоматических расстройств. Это телесные заболевания, в происхождении которых большую роль играет психический фактор. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки, диабет, бронхиальная астма. Механизмы их генеза изучены. Например, отрицательные эмоции связаны с мозгом, с корой и подкоркой, а через них воздействуют посредством нервных возбуждений на внутренние органы. Частые повторы таких воздействий приводят к изменениям в этих органах.

Как, например, возникает гипертоническая болезнь? Нервное возбуждение идет к надпочечникам, надпочечники выделяют большое количество адреналина, который суживает кровеносные сосуды, что ведет к артериальной гипертензии (повышению артериального давления). Кроме того, увеличивается выброс глюкозы.

Тот же механизм имел место и у древнего человека. Но при тогдашних условиях его жизни адреналин и глюкоза распадались. Человек убегал от хищного зверя, и глюкоза расходовалась в мышечной энергии. Сейчас мы не растрачиваем в таких объемах эту энергию, и стабильно вырабатываемый, накапливаемый адреналин обеспечивает развитие артериальной гипертензии, а глюкоза - диабета.

- Выходит, и при гипертонии, и при диабете полезен активный физический труд?

- Если позволяет состояние сердца... Но это узкое понятие психосоматических заболеваний. А в более широком понимании почти все заболевания имеют психосоматическое происхождение. Почти любое телесное заболевание может быть спровоцировано психическим фактором.

- Но мы отвлеклись. Итак, разница в уровне знаний выпускницы 1951-го и 2005 года весьма существенная...

- Разительная! И не только потому, что наука постоянно развивалась поступательно. Психосоматическая природа болезней была известна еще со времен Зигмунда Фрейда. И в ее теоретических основах лежит его учение. Мы же на протяжении многих лет были от него отгорожены непроницаемой стеной. До начала, примерно, 1970-х годов. И развитие психотерапии, которая связана с учением Фрейда, оказалось в СССР заторможенным. В те годы зарубежная литература была нам почти недоступна. И знанию иностранных языков не придавалось тогда большого значения. А сейчас все источники открыты. И наши познания сегодня неизмеримо расширились и углубились.

- А если сравнить практическую вооруженность психиатра?

- О, с тех пор психиатрия пережила два очень важных этапа, которые я называю революционными. Первый из них связан с появлением в 1954-1955 годах новых психотропных препаратов. Их родоначальником был всем ныне известный аминазин. В 1951 году я застала психиатрическую больницу в ее тысячелетнем представлении: там очень возбужденные больные находились на положении пленников. В прошлые столетия в странах Западной Европы некоторых из них сажали на цепи, держали в смирительных рубашках. Из истории известны факты массового сожжения психических больных на кострах. В России и на территории бывшего СССР сожжения больных не было, но решетки на окнах превращали больницу в подобие тюрьмы.

И вот когда появились нейролептические психотропные средства, облик больниц преобразился кардинально. Все сделали, чтобы условия в стационаре ничем не отличались от обычных соматических больниц. Повсюду зеркала, цветы. Заходишь, делаешь обход - тишина. Ночью все больные спят. И если вы не знаете, что это психиатрическая больница, то и не подумаете никогда. Мы, врачи и сестры, пережили настоящую профессиональную эйфорию.

Второй этап начался в Казахстане в последние 5 -7 лет, в России лет 10 назад, а в Европе еще раньше. Он связан с появлением класса психотропных средств нового поколения. Эпоха аминазина и других препаратов старого поколения уходит в прошлое. Да, эти средства весьма эффективны, могут моментально снять возбуждение, но оказалось, что они дают побочные эффекты, которые проявляются даже внешне: заторможенность, тремор, слюноотделение, мышечные спазмы. Новые же психотропные средства обладают и более высоким лечебным эффектом, и почти не дают побочных действий. Когда в семье появляется такой больной, это драма не только для него, но и для его родственников. А если болезнь остро развивается вдруг среди ночи (алкогольный психоз, к примеру) - родственники взбудоражены, не знают, что делать. И тогда даже однократная инъекция может снять психоз без всяких побочных явлений.

И что особенно важно - между врачом и пациентом создаются партнерские отношения. Если раньше он не признавал себя больным, не хотел лечиться, и приходилось его уговаривать, то сейчас он уже сам обращается к врачу с просьбой продолжать лечение. У него появляются критический взгляд на самого себя, осознание своей болезни. И он сам идет к врачу и проявляет активность при лечении. Вот это я и называю второй революцией в психиатрии. Но наряду с медикаментозной терапией обязательно применяется психотерапия. Психотерапией в широком смысле этого слова обязан владеть врач любой специальности.

- Скажем, от стоматолога до кожника.

- Кожник? В первую очередь! Сейчас много психосоматических кожных заболеваний. Приведу пример. У нас был больной, который каких только кожных специалистов не прошел. Наконец, нашелся один дерматолог, который посоветовал ему обратиться к психиатру. У него и на голове, и на руках, и по всему телу были высыпания. Ничто ему не помогало. И вот он попал к нам в центр, где я веду школу психиатров. И что вы думаете, мы начали применять наши препараты, и постепенно высыпания у него исчезли.

Вернусь к психотерапии. Общая психотерапия применяется уже при первой встрече врача с пациентом и проявляется в позитивном психотерапевтическом на него воздействии. Врач должен так построить свою беседу, чтобы пациент ушел от него с улыбкой на лице. Это называется у нас "психической вентиляцией". Больной раскроется перед врачом, расскажет обо всем. И врач должен его выслушать, не считаясь со временем.

Психотерапевтическое воздействие осуществляется путем внушения или разъяснения. Например, врач говорит пациенту о таблетке: не смотрите, что она такая малюсенькая, она мощная, в ней сконцентрированы все достижения современной науки, примите ее, и уже на следующее утро вы почувствуете эффект. Или, например, как ведут себя хирурги перед операцией? Один молча сунет больному седуксен и уйдет. А другой скажет: "Завтра операция, но вы не бойтесь, мы сделаем все, чтобы она прошла хорошо. Вы непременно поправитесь". Это разве не психотерапия?

Что касается частной психотерапии, то ее видов очень много. Сегодня психотерапевт - это отдельная врачебная специальность. Психотерапевты и аттестуются отдельно от психиатров. Они лечат в основном пограничные формы психических расстройств, например, невротического происхождения.

- А бывают случаи, когда врач не справляется с заболеванием?

- Бывают. Но, даже если несмотря на все примененные комплексные методы и средства, пациент не поддается терапевтическому воздействию, врач все равно не опускает рук и лечит его как можно больше и дольше. Однако, когда характер психического расстройства таков, что возвратного хода уже нет, такому больному оказывается социальная помощь. Алкогольный психоз, белая горячка обычно проходят через несколько дней, но в ряде случаев, в третьей стадии алкоголизма, наблюдается выраженное расстройство памяти, причем необратимое. Это касается и прошлых событий, и текущих. Больной не помнит, где он находится, с кем разговаривает. В таких случаях он становится объектом социальной помощи, ему назначается инвалидность. И у наркоманов развивается та же самая деградация личности. Сложившееся слабоумие не поддается лечению. Есть специальные интернаты для пациентов с хроническими формами психических заболеваний.

- Кто их содержит?

- Государство. Вся психиатрическая и наркологическая помощь в нашей стране обеспечивается из средств государственного бюджета. Хотя наркологическая помощь оказывается и негосударственных наркологических учреждениях.

- Рядом с наркологическим диспансером возводится новый корпус...

- Да, на 150 коек.

- Число таких больных растет?

- Увы. Сейчас появились такие формы заболеваний, которые раньше мы знали только теоретически, искали их носителей днем с огнем, чтобы показать студентам. А сейчас их число увеличилось. Особенно среди тех, кто пьет самопальную водку. Она бьет вызывает тяжелые психозы и приводит к деградации личности.

- То, что сейчас наша страна уверенно преодолевает экономический кризис, может сказаться на характере заболеваний и их числе?

- Психические болезни во многом относятся к социальным болезням. В первые годы независимости Республики Казахстан (1991-1995) у нас наблюдалось заметное ухудшение оказания психиатрической помощи пациентам, потому что даже в пределах Алматы многие из них не имели нескольких "лишних" тенге, чтобы доехать до клиники на улице Каблукова, показаться врачу. Шло массовое сокращение рабочих мест и увольнение людей, что порождало стрессы.

Или миграция из аулов и сел в города. Человек никогда в городе не жил, ему трудно устроиться на работу. Или у него сложные отношения с работодателями. Или хозяевами снимаемого жилья. Все это приводит к психическим травмам и психогенным заболеваниям. Будь в ауле нормальная обстановка, работал бы он фуганом и горя не знал. Разве это не влияние социального фактора?

- Разалия Галиевна, что же сейчас внушает вам оптимизм?

- Это новая Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы, утвержденная Указом Президента РК 13 сентября 2004 года. Там намечены конкретные перспективы развития и нашей сферы. Согласно этой программе на развитие медицины будут выделяться 4 процента от ВВП. Согласно ВОЗ минимальный процент от ВВП на эти цели должен составлять не менее 4 процента, тогда как у нас в 2004 году он составлял 2,63 процента, а прежде и того меньше.

В программе психические и наркологические заболевания включены в *перечень социально значимых заболеваний и выдвинуты на первое место. Наркология хотя и отпочковалась от психиатрии, но не оторвалась.* Рост всех этих заболеваний, отмечаемый в последние годы, вызывает тревогу у общества и государства. Например, на сто тысяч населения Казахстана в 2003 году первое место среди социально значимых заболеваний занимали наркологические: 427,7 на 100 тысяч населения, что в четыре раза превышало показатели других заболеваний, отодвинув диабет, сердечно-сосудистые, онкологические. Указами Президента РК в начале века была утверждена "Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом", и вскоре, в декабре 2000 года, в Павлодаре был открыт Республиканский научно-практический центр по проблемам наркологии, а в мае 2002-го, как я уже сказала, наш центр в Алматы. Это поистине исторические события в биографии психиатрии Казахстана.

Приоритетное внимание к этим заболеваниям обеспечивает надлежащее финансирование борьбы с ними. Разработаны стандарты лечения, где ряд дорогостоящих препаратов введен в список жизненно важных средств.

- Но ведь лекарства, действительно, по-видимому, недешевы...

- Да, высокая стоимость составляет их большой недостаток. Но ведь люди продолжают вести полноценную жизнь, учатся и работают. Заканчивают школы и вузы, причем с отличием. Улучшается качество их жизни, социальное функционирование этих личностей. Сколько есть случаев, когда человек даже с тяжелым расстройством, получающий психотропные препараты нового поколения, в течение, скажем, трех лет, успешно работает.

На наших глазах рождается новое направление в экономике - фармакоэкономика. Ее модель такова. Подсчитываются средства, затрачиваемые на приобретение психотропных препаратов на определенный период их приема. Да, стоят они раз в десять дороже, нежели прежние. Но если пересчитать их на ту пользу, которую принесет себе и обществу принимающий их человек, сохраня свое активное социальное функционирование, то окажется, что самые дорогостоящие препараты окупаются! Они будут много дешевле старых, менее дорогих. Разве это не внушает оптимизм?

С гостьей "Вечерки" беседовал
Сергей ИСАЕВ
Фото Мэлса ЕТЕКБАЕВА

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
акимата города Алматы
№ 3/364 от 17 июня 2005 г.

О внесении изменений в постановление акимата города Алматы от 12 апреля 2005 года № 2/211 "О некоторых вопросах деятельности уполномоченных государственных органов города Алматы в области регулирования земельных правоотношений"

(зарегистрировано в департаменте юстиции за № 658 от 20 мая 2005 года)

Акимат города Алматы ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в постановление акимата города Алматы от 12 апреля 2005 года № 2/211 "О некоторых вопросах деятельности уполномоченных государственных органов города Алматы в области регулирования земельных правоотношений" (зарегистрировано в департаменте юстиции за № 658 от 20 мая 2005 года, опубликовано в газетах "Вечерний Алматы" №111-113 от 2 июня 2005 года и "Алматы акшамы" № 59 (3449) от 28 мая 2005 года) следующие изменения:

- ввести в состав земельной комиссии города Алматы, утвержденной указанным постановлением:

Накисбекова Урала Касымхановича - начальника управления государственного контроля и надзора в области чрезвычайных ситуаций города Алматы.

Вывести из указанного состава:
Жумабекова Малика Рашидовича.

2. Контроль за исполнением настоящего постановления оставляю за собой.

Аким города Алматы
И. ТАСМАГАМБЕТОВ
Секретарь акимата
К. ТАЖИЕВА

(Зарегистрировано в департаменте юстиции г. Алматы 12 июля 2005 г. Регистрационный №665).

РЕШЕНИЕ
акима Бостандыкского района
города Алматы
№ 314 от 26 июля 2005 года

О признании утратившим силу решения акима Бостандыкского района г. Алматы от 13 августа 2004 года № 276 "О проведении очередного медицинского освидетельствования юношей допризывного возраста в 2004 году"

В связи с истечением срока действия решения акима Бостандыкского района от 13 августа 2004 года №276 "О проведении очередного медицинского освидетельствования юношей допризывного возрасте в 2004 году" и руководствуясь ст.27 закона Республики Казахстан "О нормативных правовых актах", аким Бостандыкского района РЕШИЛ:

1. Признать утратившим силу решение акима Бостандыкского района от 13 августа 2004 года №276 "О проведении очередного медицинского освидетельствования юношей допризывного возраста в 2004 году", зарегистрированное в департаменте юстиции г. Алматы 7 сентября 2004 года за №617, опубликованное 21 сентября 2004 года в газетах "Алматы акшамы" и "Вечерний Алматы".

2. Контроль за исполнением настоящего решения возложить на руководителя аппарата акима Бостандыкского района Камзанова А. С.

Аким Бостандыкского района
А. КАРИМУЛЛИН