



Президент РОП,
профессор Н.Г.Незнанов



Болезнь
Блейлера–Снежневского



«...где любовь, там и слезы»



Похождения профессора
Совкова

Сто слов на первой полосе



Со всех сторон, всем миром.

Всем миром

Неожиданно бурным оказалось заседание Правления Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) 21 ноября 2015 г. в Тайбее (Тайвань). Мне выпала честь председательствовать на нем. Обсуждая план работы организации на ближайшие 3 года, Правление ВПА единодушно высказалось за внесение в План на 2014–2017 гг. изучение проблем терроризма и беженцев. Практически во всех (!) 18 регионах ВПА эти проблемы стоят достаточно остро. Психическое здоровье беженцев изучается давно, однако вопросы террористических угроз никогда еще не попадали в сферу изучения ВПА. Настало то время, когда мы, психиатры всего мира, больше не можем стоять в стороне. Это и наша проблема, как гражданская, так и профессиональная.

П.В.Морозов

О съезде психиатров

XVI съезд психиатров России

23–26 сентября 2015 г. в Казани совместно с Всероссийской научно-практической конференцией с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» прошел XVI съезд психиатров России, ставший беспрецедентным по своему масштабу форумом. Участниками съезда и конференции стали 1257 ученых и практиков – психиатров, психотерапевтов, наркологов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, организаторов здравоохранения и других специалистов, участвующих в организации психиатрической помощи практически всех регионов Российской Федерации, стран ближнего и дальнего зарубежья – Австралии, Азербайджана, Армении, Республики Беларусь, Германии, Грузии, Италии, Казахстана, Кыргызстана, Латвии, Молдовы, Португалии, США, Хорватии.

Возросший авторитет Российского общества психиатров (РОП) и масштаб прошедших мероприятий отразил высокий уровень представительства гостей, среди которых были помощник министра здравоохранения РФ Т.В.Клименко, ми-

нистр здравоохранения Республики Татарстан А.Ю.Вафин, президент-элект Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) Х.Херрман (Австралия) и член исполкома ВПА А.Согоян (Армения), заместитель начальника Управления организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения РФ А.С.Карпов, директор Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков В.П.Иванов и начальник управления этой службы по РТ генерал-лейтенант полиции Ф.З.Шабаев, руководители психиатрических ассоциаций стран, входящих в восточно-европейскую зону ВПА, С.А.Алтынбеков (Казахстан), Т.И.Галако (Кыргызстан), Э.Чкония (Грузия), М.А.Хотиняну (Молдова), Р.Салаев Али Оглу (Азербайджан), А.Мелик-Пашаян (Армения), О.А.Скугаревский (Беларусь) и многие другие. Специальный доклад, посвященный проблемам лечения и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями, с которым выступил на съезде директор Федеральной службы РФ по контро-

лю за оборотом наркотиков В.П.Иванов, по сути представлял собой обращение государства к психиатрическому сообществу и отразил признание важной роли РОП как общественной медицинской профессиональной организации национального масштаба.

Конференция наглядно показала, что состояние психического здоровья населения является основой национальной безопасности страны, развития всех сфер общественной жизни, определяет креативный потенциал общества, его способность к конструктивному развитию, и, в конечном счете, выступает в роли важного критерия эффективного преобразования социально-экономической системы. Программа форума включала 26 секций по актуальным вопросам развития психиатрической науки и практики и 13 сателлитных симпозиумов, на которых было представлено более 400 докладов. Рекордным – свыше 1100 – было и количество тезисов, вошедших в сборник научных трудов, изданный по итогам съезда и конференции (их авторами

Продолжение на стр. 2

Главный редактор: проф. П.В.Морозов
E-mail: media@mentica.ru
Газета зарегистрирована в Государственном комитете Российской Федерации по печати.
Reg. номер: ПИ № ФС77-48827
Общий тираж 15 тыс. экз.
Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.
Все права защищены. 2015 г.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции.

«ОБЪЕДИНЕННАЯ РЕДАКЦИЯ»
Телефон/факс: +7 (499) 500-3883
E-mail: og@hrmp.ru
Медицинский директор:
Б.А.Филимонов
Исполнительный директор:
Э.А.Батова
Арт-директор:
Э.А.Шадзевский

ММА «МедиаМентика»
Директор: Т.Л.Скоробогат
Менеджер по рекламе: Н.А.Зуева
Адрес: 115054, Москва, Жуков проезд, стр. 19
Почтовый адрес: 127055, Москва, а/я 37
Телефон/факс: +7 (495) 926-2983
E-mail: media@con-med.ru
Электронная версия: www.con-med.ru
Отдел по работе с подписчиками:
Телефон: +7 (495) 926-2983 (доб. 125)
E-mail: subscribe@con-med.ru

Научное производственно-практическое издание.
Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции.

Начало на стр. 1

стали более 1800 специалистов из научных и практических учреждений).

Участниками состоявшегося 24 сентября 2015 г. Съезда общественной организации РОП стали 327 делегатов от 65 региональных отделений РОП и обществ психиатров субъектов РФ, которые приняли решение о вступлении в РОП, из 343 делегатов, выдвинутых регионами.

Честь торжественного открытия съезда была предоставлена дуэту форума – профессору кафедры психиатрии Казанского государственного медицинского университета, заслуженному врачу РТ, заслуженному деятелю науки РТ Давиду Моисеевичу Менделевичу.

Доклад председателя правления РОП Н.Г.Незнанова содержал отчет о работе за период, прошедший после XV съезда. Богатый фактический материал, представленный в докладе, убедительно свидетельствует о том, что благодаря активной работе многих региональных отделений, Правления Общества, специалистов федеральных и региональных научных и лечебно-профилактических психиатрических учрежде-

тельный период. Отчет ревизионной комиссии был единогласно утвержден съездом (презентация с данными отчета).

В прениях по отчету Правления выступили А.С.Аведисова (Москва), В.Н.Краснов (Москва), О.В.Сердюк (Екатеринбург), Н.Д.Букреева (Москва), Б.Д.Цыганков (Москва), А.К.Гажа (Тамбов), Н.А.Корнетов (Томск), С.Н.Мосолов (Москва), В.И.Курпатов (Санкт-Петербург), А.И.Аппелянский (Москва), Т.Н.Дудко (Москва). Все выступавшие дали высокую оценку деятельности Правления РОП за отчетный период и высказали ряд предложений по дальнейшему совершенствованию работы Общества. Съезд единогласно признал работу Правления за отчетный период удовлетворительной.

Съезд единогласно принял решение о вступлении в РОП региональных обществ и ассоциаций психиатров, обратившихся с такой просьбой, – Московского областного общества психиатров-наркологов; Забайкальской ассоциации психиатров; Кемеровского областного общества психиатров; Омского общества психиатров; Общества врачей-психиатров, наркологов, психо-

деятельности Общества в отчетный период, – М.А.Ландышев (Рязань), И.А.Мартынихин (Санкт-Петербург), А.В.Берсенев (Владимир), В.Я.Евтушенко (Москва), П.В.Морозов (Москва), Ф.Г.Зиганшин (Республика Татарстан), А.Л.Шмилович (Москва), Д.А.Смир-

И.П.Павлова, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, доктор медицинских наук, профессор Николай Григорьевич Незнанов.



Президиум 16-го съезда психиатров.

нова (Самара), А.В.Павличенко (Москва). Почетной грамотой РОП был отмечен коллектив Казанской психиатрической больницы специального типа с интенсивным наблюдением (главный врач Р.Р.Хамитов) в связи с юбилеем и большим вкладом учреждения в развитие отечественной психиатрической службы.

В своем выступлении заместитель председателя Правления РОП О.В.Лиманкин доложил о результатах работы по подготовке новой редакции устава РОП в связи с изменениями законодательства, новыми задачами Общества, идущей в стране административной реформой. Проект нового устава, подготовленный рабочей группой Правления РОП, выбрал в себя многочисленные предложения с мест, широко обсуждался психиатрической общественностью на сайте РОП и прошел предварительную юридическую экспертизу. Заслушав доклад, делегаты съезда единогласно утвердили новую редакцию устава РОП.

Т.Н.Дудко была озвучена инициатива ряда психиатров о переименовании РОП в Российское общество психиатров и наркологов, однако это предложение было сочтено недостаточно подготовленным и не было поддержано делегатами съезда.

В соответствии с уставом РОП делегаты съезда провели выборы руководящих органов Общества.

Членами Правления РОП были выбраны 189 человек, чьи кандидатуры были выдвинуты на конференциях региональных отделений. В результате выборов состав Правления РОП был обновлен более чем наполовину.

Руководителем РОП на новый срок в качестве его президента единогласно был избран директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. акад.

В состав Исполнительного комитета РОП единогласно избраны: З.И.Кекелидзе (Москва), О.В.Лиманкин (Санкт-Петербург), П.В.Морозов (Москва), К.К.Яхин (Республика Татарстан), В.Н.Краснов (Москва), Е.В.Макушкин (Москва), С.Н.Мосолов (Москва), И.А.Мартынихин (Санкт-Петербург), М.А.Ландышев (Рязань), А.С.Тиганов (Москва), Н.А.Бохан (Томск), Б.Д.Цыганков (Москва), Р.Г.Валинуров (Республика Башкортостан), И.Г.Ульянов (Приморский край), Н.П.Клюшник (Москва), Н.Н.Петрова (Санкт-Петербург), С.М.Бабин (Санкт-Петербург), А.Н.Бархатова (Москва), Т.В.Клименко (Москва), Н.Д.Семенова (Санкт-Петербург), А.Л.Шмилович (Москва).

Вице-президентами РОП стали З.И.Кекелидзе, О.В.Лиманкин, П.В.Морозов, К.К.Яхин.

Делегаты съезда единогласно выбрали ревизионную комиссию в составе: Т.В.Гурьянова (Республика Татарстан) – председатель, О.В.Острцов (Санкт-Петербург), В.В.Комаров (Рязань).

Съезд утвердил новое положение о работе научных секций Правления РОП и постановил в соответствии с принятым положением открыть прием заявок на создание секций; все заявки рассмотреть и утвердить на заседании Правления РОП в 2016 г.

Н.Д.Букреева и С.Н.Мосолов выступили перед съездом с информацией о работе по составлению стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств, а также с предложением о создании комиссии РОП по разработке клинических рекомендаций. Инициатива была поддержана съездом единогласно, работу по формированию комиссии было поручено провести профессору С.Н.Мосолову. ■



Торжественное открытие съезда.

ний РОП за пятилетие добились осязаемых успехов на пути реформирования, превращения в авторитетную саморегулируемую профессиональную организацию и сегодня является одним из самых массовых и деятельных медицинских общественных объединений страны (презентация доклада). В начале своего выступления Н.Г.Незнанов попросил почтить минутой молчания наших коллег, ушедших из жизни за прошедшие с XV съезда психиатров годы.

М.А.Ландышев представил отчет ревизионной комиссии о деятельности Правления РОП за 2010–2015 гг. Высказав ряд критических замечаний в адрес многих региональных отделений (в отношении погрешностей документооборота и несвоевременной сдачи членских взносов), ревизионная комиссия тем не менее отметила кардинальное изменение положения дел в лучшую сторону за от-

терапевтов Пензенской области; Общества врачей-психиатров Саратовской области; Ставропольской ассоциации психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников; Приморского краевого общества психиатров; Общества психиатров Хабаровского края; Мордовского общества психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе. Съезд рекомендовал принятым обществам внести соответствующие изменения в регистрационные данные в Минюсте РФ.

Состоялось награждение почетными грамотами РОП лучших региональных отделений – Республики Татарстан, Республики Башкортостан, Санкт-Петербурга, Рязанской области. Почетными грамотами и денежными премиями были награждены члены РОП, принимавшие активное участие в

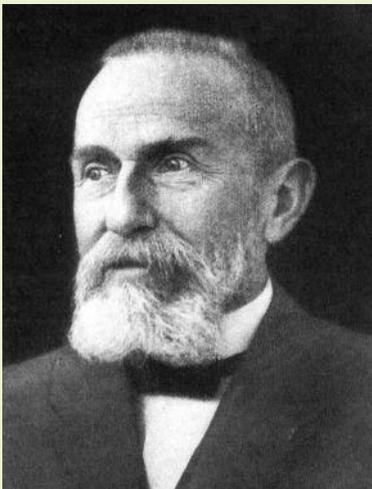
Болезнь Блейлера–Снежневского



А.Б.Смулевич
ФГБНУ Научный центр психического здоровья,
ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова
Минздрава России

Прошло немногим более ста лет со времени исследований Е.Краепелина и Е.Блейлера, заложивших основы современных представлений о клинике и систематике эндогенных заболеваний в целом, и шизофрении (*dementia praecox*) в частности. Однако концептуализация шизофрении как самостоятельного нозологического образования, соответствующего критериям валидной диагностической единицы, вопросы, связанные с классификацией отдельных форм и определением границ этого заболевания, до настоящего времени остаются предметом оживленной дискуссии.

Для того чтобы вскрыть истоки противоречий и критически оценить доминирующую в современной западной психиатрии тенденцию к «реконструкции» или даже полной «деконструкции» концепта шизофрении как модели само-



Пол Эйген Блейлер, швейцарский психиатр (1857–1939).

стоятельного заболевания, необходимо хотя бы вкратце остановиться на истории вопроса – с появления крепелиновской нозологии.

Сразу же подчеркнем, что, несмотря на критические выступления в адрес Е.Краепелина, звучавшие на всех этапах формирования концепции *dementia praecox*, вклад этого автора в развитие психиатрии как клинической дисциплины трудно переоценить. Е.Краепелин оказал глубокое влияние на психиатрическую диагностику, основал клиническое направление, представляющее большую практическую ценность, создал не только стимул к построению новых научных гипотез, но и базу для дальнейших исследований.

Основной принцип крепелиновской концепции *dementia praecox* – интеграция дебютирующих в юношеском возрасте различных по клинической картине психических расстройств (гебефрениа, кататония, параноидная форма, *dementia simplex*) в единое заболевание на основе эволюционного критерия – стереотипа течения (непрерывное прогрессирующее развитие процесса) с исходом в деменцию (рис. 1).

Выделяя в ряду психических расстройств группу самостоятельных нозологических образований, Е.Краепелин (с учетом революционных достижений современной автору науки – открытия этиологии прогрессивного паралича) предполагал их соответствие нейробиологическим зависимостям, включаемым в критерии при построении классификации соматических заболеваний. Такой подход в первую очередь относился к выделению *dementia praecox*, реализованному на базе характеристик клинических проявлений, их динамики и исхода. При этом автор предполагает, что биологические маркеры, отражающие этиологию и патогенез заболевания, будут определены позднее. Однако это предположение в ходе дальнейших фундаментальных исследований не получило окончательного подтверждения. (В этом плане концептуализация *dementia praecox* в качестве нозологически самостоятельного заболевания в соответствии с позицией ряда современных авторов, как это будет показано ниже, остается рабочей гипотезой.)

Следующий этап в развитии учения о *dementia praecox* связан с пересмотром на основе новых клинических и психологических критериев базисных расстройств, что привело к кардинальному изменению представлений не толь-



ко о структуре дефекта, но и об эндогенном процессе в целом.

В результате, как указывает А.Еу (1955 г.), адресуясь к новому содержанию понятия *dementia praecox*, «в клиническом пространстве этого заболевания образовался целый пласт психических расстройств – фантастических, загадочных, странных, не соответствующих фатальной простоте деменции».

Речь идет об исследованиях Е.Блейлера, впервые представившего свою концепцию заболевания на Ежегодном пленуме немецкого общества психиатров в Берлине (апрель 1908 г.)¹. Автор формулирует свою позицию следующим образом: «Крепелиновская *dementia praecox* необязательно деменция и необязательно ранняя. Поэтому я позволяю себе использовать термин «шизофрения» взамен крепелиновского определения».

При разработке модели шизофрении Е.Блейлер объединил (или, во всяком случае, пытался объединить) два господствовавшие в

конце XIX – начале XX вв. направления развития психиатрии: клиническое (госпитальная психиатрия – больные психозами), базирующееся на трудах W.Griesinger, B.Morel, K.Kahlbaum, E.Hecker, E.Kraepelin, и психологическое [месмеризм, ассоциативная психология, психоанализ (F.Mesmer, P.Briquet, J.Charcot, P.Janet, C.Jung, S.Freud) – пациенты с «пограничными» расстройствами]; рис. 2.

Хотя некоторые авторы склонны ограничивать вклад Е.Блейлера в развитие учения о шизофрении введением психологического анализа в клиническую концепцию Е.Краепелина, такая позиция представляется односторонней.

Е.Блейлер, придерживаясь крепелиновских принципов нозологии (шизофрения – самостоятельное заболевание, имеющее биологическую – конституционально-генетическую основу), но при этом разделяя теорию диссоциации P.Janet, по существу создает новую клиническую модель шизофрении, значительно расширившую

Продолжение на стр. 4

¹Опубликована в «Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche» (Medizin 1908; 65: 438–64).

²В связи с концептуализацией Е.Блейлером новой модели шизофрении в некоторых изданиях название этого заболевания дополнено эпонимическим определением «болезнь Блейлера».

Рис. 3. Клиническая модель шизофрении E. Bleuler (1911 г.).

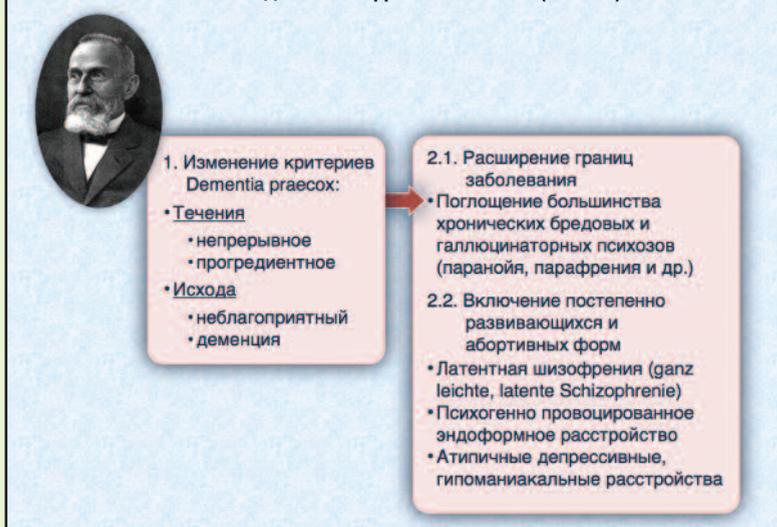


Рис. 4. Концепция расстройств шизофренического спектра.



Рис. 5. Эволюция концепции шизофрении в постк्रेпелиновский/ постблейлеровский период (середина XX в.).



Рис. 6. Типы течения шизофрении по А.В. Снежневскому в границах, намеченных E. Bleuler (схема).



Начало на стр. 3

границы этого заболевания, и разрабатывает принципы психопатологической дифференциации его проявлений² (рис. 3).

В качестве базисного постулата модели шизофрении E. Bleuler выдвигает принцип подразделения всех проявлений заболевания на первичное расстройство – расщепление (splitting, spaltung)³ – непосредственно связанное с биологическим процессом, и вторичные симптомы (бред, галлюцинации и др.). В ряду первичных симптомов, определяющих диагностический профиль шизофрении, E. Bleuler выделяет аномальность (дезинтеграцию) мышления и речи (утрату ассоциативных связей), амбивалентность (волевою неустойчивость), аффективную инконгруэнтность, аутизм – отрыв от реальности. Первичное расстройство (расщепление) предполагает образование комплексов (komplexe) и ослабление (lockerung) ассоциативных процессов.

Концепции аффективно заряженных идей – комплексов E. Bleu-

ler (1906, 1911 гг.) – предшествовал целый ряд исследований, рассматривавших проблему в контексте различных клинических и психологических теорий⁴. Представления E. Bleuler, как это следует из приводимой ниже цитаты, совпадают с введенным P. Janet понятием фрагментации структуры «я» и тем самым соотносятся с диссоциативными расстройствами. «Отдельные эмоционально заряженные идеи или побуждения приобретают определенную степень автономности настолько, что личность распадается на фрагменты. Эти фрагменты могут впоследствии существовать одновременно и поочередно овладевать личностью, сознательной частью пациента» (E. Bleuler, 1950)⁵.

Очевидно, что в отличие от E. Kraepelin E. Bleuler отказывается от критерия непрерывного прогрессивного течения, рассматривавшегося в качестве облигатного критерия dementia praecox. В связи с выделением первичных симптомов, являющихся по E. Bleuler основными признаками шизофрении, отпадает и второй – основ-

ной критерий dementia praecox – исход в деменцию. В результате происходит значительное расширение границ заболевания. Шизофрения в понимании E. Bleuler «поглощает» большинство хронических бредовых и галлюцинаторных психозов. В рамки заболевания включаются постепенно развивающиеся и abortивные формы: латентная шизофрения (ganz leichte, latente Schizophrenie), психогенно спровоцированные эндоформные расстройства, атипичные депрессивные и гипоманиакальные фазы.

Созданием новой модели шизофрении значение исследований E. Bleuler не ограничивается. К заслугам автора следует отнести выделение единой группы (группа шизофрений) психопатологически гетерогенных расстройств, клинический диапазон которых варьирует в широких пределах: от психических нарушений, примыкающих к конституциональным аномалиям, до психотических форм. В качестве их общего свойства наряду с подверженностью психогенным, нозогенным, сома-

тогенным, социальным и конституциональным влияниям (несмотря на различия присвоенных в процессе последующих исследований таксономических обозначений. – Прим. А.С.) рассматривается эндогенная природа страдания.

Необходимо подчеркнуть, что концепция E. Bleuler заложила в явной или завуалированной форме основные направления будущих исследований шизофрении. В этом плане необходимо в первую очередь указать на полярные тенденции – декларируемые и скрытые (реализованные в трудах последующих лет) в определении границ шизофрении.

Декларируемая автором тенденция к объединению широкого круга психических расстройств на базе единого психологического (но имеющего биологическую основу) механизма – расщепления. Скрытая тенденция – к сужению границ заболевания (и в итоге – деструкции концепции шизофрении как нозологического образования), реализованная в исследованиях середины XX –

³Следует отметить, что в качестве синонима понятия «расщепление» в современных исследованиях используется термин «диссоциация».

⁴C. Wernicke (1892, 1906 гг.) – сверхценные идеи; P. Janet (1894 г.) – фиксированные идеи; C. Jung (1907 г.) – идеи, фиксированные сильным (powerful) аффектом; H. Maier (1912 г.) – кататимные идеи.

⁵Dementia praecox or the group of schizophrenias. International Universities Press 1950.

⁶Попытки (в большинстве своем не завершившиеся на клиническом уровне реальным результатом) вслед за E. Bleuler верифицировать основное расстройство как патологический механизм, объединяющий шизофрению, предпринимались целым рядом авторов. При этом использовался различный, зависящий от теоретических позиций исследователя терминологический аппарат: E. Stransky (1903 г.) – интрапсихическая атаксия; J. Berze (1914 г.) – расстройство сознания «я», снижение интенциональности «я», гипотония сознания; K. Beringer (1926 г.) – ослабление интенциональной дуги; K. Conrad (1958 г.) – редукция энергетического потенциала; W. Janzarik (1959 г.) – динамическое опустошение; B. Kimura (1963 г.) – снижение интенциональности сознания.

Рис. 7. Соотношение позитивных и негативных симптомов при шизофрении (А.В.Снежневский, 1974).

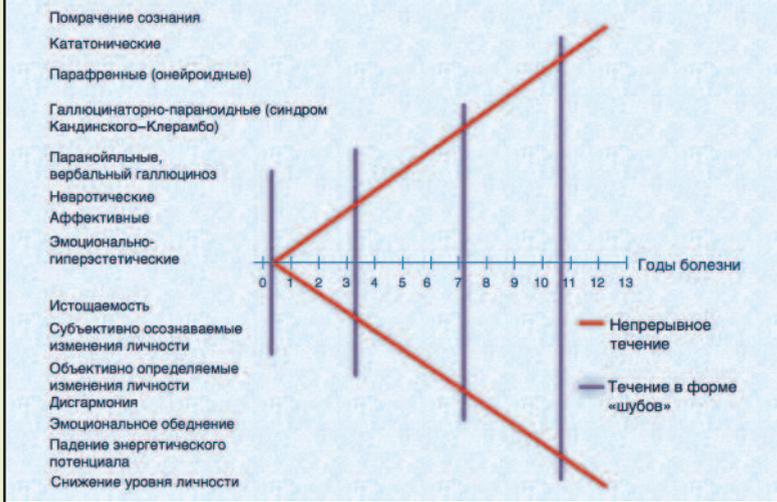
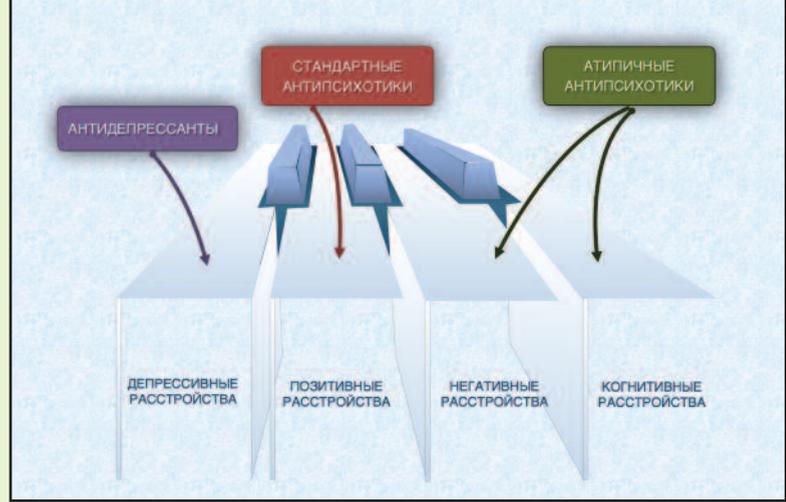


Рис. 8. Психофармакотерапия – инструмент тестирования дименсиональной модели.



начала XXI вв. (J.Strauss, 1974; R.Buchanan, W.Carpenter, 2007). Авторы этих исследований полагают, что попытки построения E.Bleuler единого психологического (психофизиологического) пространства шизофрении на базе «основного расстройства»⁶ завершились выделением клинически гетерогенных или даже независимых синдромов, из которых часть рассматривается сегодня вне пределов процессуально обусловленных состояний.

Концепция E.Bleuler, устанавливающая дихотомическую структуру клинических проявлений шизофрении (первичные–вторичные симптомокомплексы), определила направление дальнейших исследований психопатологии этого заболевания: послужила «краеугольным камнем» в смене парадигмы шизофрении с категориальной на дименсиональную.

Наконец, E.Bleuler, выделивший латентную шизофрению и группу примыкающих к ней расстройств, оказался предтечей выдвинутой в дальнейшем концепции расстройств шизофренического спектра (рис. 4).

Исследования расстройств шизофренического спектра, производных от латентной шизофрении E.Bleuler, развивались в двух направлениях: клиническом, завершившемся выделением шизо-типического расстройства, объединяющего стертые формы эндогенного заболевания, и «семейном» – описывающим структуру личностных девиаций у родственников больных шизофренией [выделение шизофренической конституции (П.Б.Ганнушкин, 1914), а затем – шизо-типического расстройства личности – РЛ (K.Kendler, 1984; S.Torgerson, 1984)].

Определение границ шизофрении, начиная с 30-х годов XX в., проводилось в следующих двух противоположных направлениях.

Первое – клинико-динамическое (А.Еу, А.В.Снежневский, Д.Е.Мелехов и др.), имеющее целью укрепление парадигмы единой болезни (рис. 5).

Последовательный сторонник этого направления – А.В.Снежневский, значительно расширивший представления о клинике шизофрении⁷, устанавливает закономерности течения процесса на базе категориальной модели E.Kraepelin, но в границах заболевания, соответствующих модели E.Bleuler (рис. 6).

А.В.Снежневский (1964 г.) подразделяет шизофрению на два типа течения: непрерывно-поступательное и перемежающе-поступательное (в форме сдвигов, или «шубов»). Очерченное автором клиническое пространство шизофрении включает варианты заболевания, диапазон которых ранжируется от острых эпизодов, завершающихся почти полным выздоровлением, до континуально непрерывного развития процесса, сопровождающегося нарушениями когнитивного и социального функционирования.

Исследования второго направления определяет тенденция к сужению границ шизофрении (W.Keller и соавт., 2011), ограничению ее клинического пространства прогрессивными формами заболевания.

Клинические систематики, разработанные представителями этого направления (М.А.Останков, 1925; G.Langfeldt, 1939; K.Schneider, 1957; H.Rümke, 1958), имеют целью не только выделение в пределах эндогенного процесса однородных образований с тождественным прогнозом, относящихся к группе «ядерной» шизофрении, но и также отграничение этой группы от психопатологически гетерогенных расстройств, выносимых за границы шизофрении (шизоаффективное расстройство J.Kasanin, 1933; шизофреноформный психоз G.Langfeldt, 1939).

Наибольшую известность в ряду исследований этого направления получила концепция симптомов 1-го ранга K.Schneider (1957 г.) – маркеров шизофрении, включающих наиболее тяжелые проявления психоза: симптомокомплексы психического автоматизма и

бреда воздействия (звучание собственных мыслей, вербальные галлюцинации комментирующего характера, соматические галлюцинации, убежденность в контроле собственных мыслей извне/отнятии, вкладывание, открытость мыслей/чувств и действий, бредовое восприятие).

В 1980 г. симптомы 1-го ранга были введены в DSM-3 в качестве диагностических критериев шизофрении, отражая тем самым заложенную в этой систематике тенденцию к ограничению клинического пространства заболевания прогрессивными формами. Подчеркивая эту тенденцию, J.Garrabó (2000 г.) отмечает, что симптомы 1-го ранга K.Schneider «вставляются подобно шарниру между прошлым шизофренией (понимаемым в широких, очерченных E.Bleuler границах. – Прим.А.С.) и ее будущим».

G.Langfeldt выделяет «ядерную» шизофрению (дереализация, деперсонализация, хронические и вычурные формы галлюцинаций, соматические галлюцинации, «бред пассивности» – открытость мыслей, внешний контроль над движениями, высказываниями, импульсами, чувствами, волей) как комплекс процессуальных расстройств, завершающихся неблагоприятным исходом. При этом автор дифференцирует выделяемые им ядерные формы от психических расстройств с «малосимптомным» развитием и относительно благоприятным прогнозом, определяя их в рамках псевдошизофрении (шизофреноформное расстройство).

Необходимо подчеркнуть, что большинство психиатров посткрепелиновского/постблейлеровского периода подходят к построению диагностической модели шизофрении в свете джексоновской иерархии (J.Jackson, 1831) и, соответственно, рассматривают позитивные и негативные расстройства как психопатологическое единство. В этом плане показательна концепция А.В.Снежневского о симульганном нарас-



А.В.Снежневский.

тании тяжести позитивных и негативных расстройств по мере прогрессивного развития эндогенного процесса (рис. 7).

Тенденция к объединению позитивных и негативных симптомокомплексов в рамках единого синдрома отчетливо выступает даже при описании конечных состояний шизофрении (Н.Еу, 1955; В.Н.Фаворина, 1965), при которых, казалось бы, должны доминировать проявления дефекта.

Следующий этап в развитии концепции шизофрении (конец XX – начало XXI вв.) знаменует тенденция к дезинтеграции шизофрении как психопатологического единства, по существу означающая разрыв с джексоновскими традициями в психиатрии. Наряду с крепелиновской категориальной моделью (формы шизофрении – гебефреническая, кататоническая и другие, объединяющие позитивные и негативные симптомокомплексы) получает развитие и дименсиональная парадигма заболевания.

Предпосылкой к разработке и научному обоснованию дименсиональной модели шизофрении послужил целый ряд факторов. Наиболее существенный из них – неполное соответствие категориальной модели клинической практике, выявленное благодаря зарегистрированному с середины XX в. расширению круга доступных наблюдению психических расстройств за счет неманифестных, непсихотических форм⁸. Оказалось, что разрешающая спо-

Продолжение на стр. 6

⁷Поскольку фундаментальные исследования А.В.Снежневского дополнили и значительно углубили концепцию шизофрении E.Bleuler, традиционный термин «болезнь Блейлера» может быть изменен на «болезнь Блейлера–Снежневского».

⁸Такое изменение контингента страдающих психическими заболеваниями связано в первую очередь с изменением социальных условий и расширением диапазона медикаментозных воздействий, обеспечивших возможность проведения экстрамуральной (поддерживающей, амбулаторной) терапии.

Рис. 9. Концепция позитивной/негативной шизофрении.



Рис. 10. Шизофрения в DSM-5 (2013 г.): гетерогенный клинический синдром.



Начало на стр. 5

способность категориальной модели (концепция психопатологического единства шизофрении, соответствовавшая эпохе госпитальной психиатрии) релевантна анализу психотических форм и не распространяется на расстройства неманифестных этапов заболевания. В то же время в рамках таких форм (продромы, латентная шизофрения, варианты эндогенного процесса с малопрогрессирующим течением, ремиссии, включая синдромальные, предполагающие полную редукцию позитивных расстройств, резидуальные состояния) негативные и позитивные расстройства могут представлять собой не перекрывающиеся, изолированные психопатологические образования.

Среди других предпосылок к смене парадигмы, способствовавших созданию дименсиональной модели шизофрении, – прогресс исследований в области нейронаук⁹, а также успехи психофармакологии. Клинические эффекты психотропных препаратов, целевыми симптомами которых являются изолированные психопатологические образования (бред, аффективные, когнитивные и другие расстройства), реализуются «расщеплением» клинической картины, т.е. выявлением ее дименсиональной структуры за счет элиминации психопатологических дименсий позитивного ряда. Соответственно, на первый план в качестве независимо существующих психопатологических образований выдвигаются негативные расстройства (рис. 8).

Основополагающей идеей, определившей направление исследований на этапе разработки дименсиональной модели, представляется выдвинутая Т. Crow

(1980 г.) и развиваемая другими авторами (N. Andreasen, 1982; M. Trimble, 1986; H. Sass, 1989; С. Н. Мосолов, 2001; В. Kirpatrick, 2011) концепция позитивной/негативной шизофрении, предполагающая дихотомическое деление эндогенного процесса (рис. 9).

Эта концепция позволяет дифференцировать психопатологические проявления эндогенного заболевания (но в его границах) на гетерогенные (дефицитарную и недефицитарную) группы, различающиеся не только по симптоматике, но и течению, факторам риска, ответу на терапию, а также нейробиологическим (электрофизиологическим, метаболическим, генетическим) параметрам. В рамках позитивной шизофрении включаются психопатологические образования, соответствующие симптомам 1-го ранга К. Schneider, а негативной – первичные по E. Bleuler или базисные по G. Huber (1983 г.) симптомокомплексы.

Необходимо отметить, что концепция позитивной/негативной шизофрении, обозначив одно из актуальных направлений современных исследований эндогенных заболеваний, при реализации в клинической практике имеет некоторые ограничения. Дело в том, что разграничение контингентов больных на страдающих этими полярными формами сопряжено с трудностями. Последние возрастают при оценке проявлений, наблюдающихся на манифестных этапах заболевания: в случаях, когда дефицитарные расстройства интегрированы в клиническую картину психоза.

В этом плане в качестве объекта исследования позитивной/негативной шизофрении наиболее

адекватны некоторые варианты шизотипического расстройства – вялотекущая шизофрения. При этом к категории негативной могут быть отнесены вялотекущая простая шизофрения, а также варианты, протекающие с преобладанием астенических и ценестетических расстройств. В рамках позитивной шизофрении рассматриваются варианты заболевания, протекающие с преобладанием обсессивно-фобических (неврозоподобная шизофрения), конверсионных расстройств, галлюцинаций и бреда воображения (истерошизофрения), органоэвротических симптомокомплексов (ипохондрическая шизофрения), расстройств самосознания с явлениями ауто-, алло- и соматопсихической деперсонализации (диссоциативная шизофрения).

Тем не менее, как на это указывают данные Н.-J. Möller и соавт. (2002 г.), реализуются и некоторые перспективные в плане установления клинического и социального прогноза аспекты исследований позитивной/негативной шизофрении. Использование этой модели позволяет оценить на уровне тенденции вектор трансформации (дальнейшее течение в направлении генерализации позитивных расстройств либо углубления дефицитарной симптоматики) основных проявлений шизофрении.

Завершая обсуждение модели прогредиентного эндогенного психоза, необходимо подчеркнуть, что ее пересмотр в посткрепелиновский/постблейлеровский период является отражением закономерного, последовавшего за сменой веков прогресса в области научного обоснования некоторых фундаментальных проблем психиатрии. При этом

необходимо остановиться на крайних позициях в отношении нозологической квалификации шизофрении, по существу представляющих ревизию сформировавшихся в первой половине XX в. взглядов на клинику и патогенез этого заболевания.

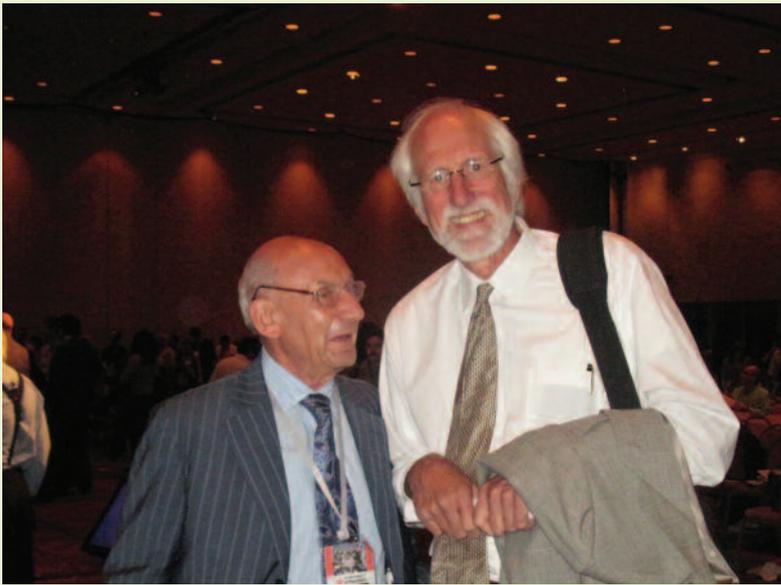
В соответствии с представлениями авторов, занимающих эту позицию, валидность концепции шизофрении как единой болезни полностью отрицается. В этом плане привлекают внимание публикации W. Carpenter (2011 г.)¹⁰. В лекции «Шизофрения: начало, изменения, будущее», представленной на XV Всемирном конгрессе по психиатрии (2011 г.), автор прогнозирует процесс дезинтеграции этого заболевания – концептуализацию шизофрении как синдрома^{11,12}. При этом выдвигается представление о существовании в пределах ранее выделявшегося E. Kraepelin, E. Bleuler и другими авторами нозологически самостоятельного заболевания гетерогенных, имеющих разную этиологию, патогенез, клинический и социальный прогноз групп – нескольких заболеваний «внутри» синдрома. (В качестве одного из таких заболеваний, трактуемых в пределах синдрома, рассматривается дефицитарная шизофрения.) С этим представлением согласуется дефиниция шизофрении, сформулированная R. Buchanan и W. Carpenter еще в 2005 г. в «Руководстве по психиатрии» (Comprehensive Textbook of Psychiatry. Под ред. J. Kaplan, B. Sadock). Авторы дают следующее определение: «шизофрения – клинический синдром, характеризующийся разнообразной, но тяжелой психопатологической симптоматикой, включающей нарушения мышления, эмоций, вос-

⁹Освещение и анализ результатов нейрофизиологических, морфологических, генетических исследований, свидетельствующих о гетерогенности психопатологической структуры шизофрении, не входит в задачи настоящей публикации.

¹⁰William T. Carpenter – директор психиатрического исследовательского центра Мэриленда (Балтимор, США). Результаты исследований этого автора опубликованы в целом ряде изданий, а на конгрессе APA (Буэнос-Айрес, 2011) представлены лекцией и двумя докладами.

¹¹В этом контексте необходимо упомянуть и о предпринимаемых на протяжении последнего десятилетия попытках замены термина «шизофрения» как клинического понятия, обозначающего нозологически самостоятельное заболевание, нейрофизиологическими определениями на уровне синдромов: синдром дисрегуляции дофаминергической системы (R. Murray, 2007); синдром салиенной дисрегуляции (salience dysregulation syndrome – J. van Os, S. Kapur, 2009). «Салиенс» (англ. – выключатель, выступ, отличительная черта) – нейрофизиологический механизм, приводящий к резкому усилению дофаминергической активности в мезолимбической области, ответственный за манифестацию позитивных психопатологических расстройств.

¹²В докладе T. Maruta, N. Shinfuku, C. Matsumoto (Experts opinions on renaming schizophrenia: a global survey) необходимость замены термина «шизофрения» аргументируется стигматизирующим воздействием этого диагноза. Соответственно, в 2002 г. решением японского общества психиатров и неврологов в Японии диагноз шизофрении был заменен на «расстройство утраты координации» («togoshitcho-sho» – «loss of coordination disorder»).



А.Б.Смулевич и У.Карпентер.

приятия и других поведенческих паттернов».

Суммируя данные исследований W.Carpenter (2011 г.), J.Strauss (1974 г.), V.Kirkpatrick (2011 г.), а также их единомышленников и последователей, можно констатировать, что в понимании этих авторов dementia praecox/шизофрения в определении E.Kraepelin и E.Bleuler не существует, а концепция E.Kraepelin (1899 г.) в ретроспективе являет вид великой утопии, владевшей умами психиатров на протяжении целого столетия¹³.

Соответственно, шизофрения концептуализируется не как заболевание (нозологическая единица), а как синдром. Логика рассуждений при этом в общем виде сводится к следующим позициям. За сто лет, прошедших со времени предложенной E.Kraepelin нозологической парадигмы, не были вскрыты ни этиологические, ни патогенетические механизмы шизофрении. Соответственно, вся идея о построенной на нозологическом принципе структуре психической патологии (и шизофрении в частности), заимствованная из общей медицины (наличие специфического этиологического фактора, патогенеза, общего для всех проявлений болезни и др.), не соответствует реальности. Не существует болезней – существуют синдромы, психозы, дименсии и т.д.

В качестве итогового документа, отражающего изложенные подходы к концептуализации шизофрении в психопатологическом и клиническом аспектах и по существу фиксирующего деструкцию концепции нозологической самостоятельности шизофрении, выступает систематика, представленная в DSM-5 (2013 г.). Как видно на схеме, шизофрения в систематике психических заболеваний сохранена, но, будучи лишённой кататонии¹⁴ и других крепелиновских форм¹⁵, квалифицируется в качестве гетерогенного клинического синдрома, выделяемого на основе дименсиональных критериев (бред, галлюцинации, дезорганизация речи и др.); рис. 10.

На правах нового класса психических расстройств вне пределов шизофрении рассматриваются и продромальные проявления эндогенного заболевания, выделяемые в рамках аттенуированного (ослабленного) психотического синдрома (attenuated psychosis syndrome).

Изложенные выше представления в свете некоторых философских, психологических, патофизиологических и клинических взглядов могут составить предмет не только дискуссии, но и (что самое главное) дальнейших исследований. При этом по существу проблема «деструкции» шизофрении распадается на две части.

Первая – устранение гетерогенности в психопатологических проявлениях шизофрении и тем самым ограничение клинического пространства этого заболевания сравнительно с моделью широкого охвата эндогенных (как злокачественных, так и относительно благоприятных форм) психических расстройств E.Bleuler – A.B.Снежневского.

Вторая – ликвидация понятия «шизофрения» как нозологически самостоятельного заболевания.

Обращаясь к первой части проблемы, сводящейся фактически к выделению за пределы шизофрении относительно благоприятных эндогенных форм, можно констатировать, что такую фиксируемую во многих клинических исследованиях трансформацию модели шизофрении следует признать оправданной, т.е. соответствующей клинической реальности.

Однако ограничение клинического пространства шизофрении должно реализоваться не за счет расширенной диагностики психопатологических образований круга пограничной психической патологии (невротических, психогенных, соматогенных расстройств, аномалий личности, а также органических психических расстройств), но расстройств шизофренического спектра (с указанием типологического варианта), рассматриваемых в качестве самостоятельных эндогенных (эндотипических) заболеваний¹⁶. Такой подход влечет за собой необходимость изменений в систематике психической патологии с выделением «новых» клинических единиц (что и происходит в международных и некоторых национальных систематиках психических болезней, в рамках которых рассматриваются такие категории, как шизотипическое расстройство, аттенуированный синдром и т.д.).

За пределы шизофрении при таком подходе могут быть вынесены также различные варианты шизоаффективных состояний: рекуррентная депрессия и биполярные расстройства, манифестирующие на гетерономной (у шизотипических личностей) почве, хроническая гипомания/дистимия с изменениями типа фершробен и др.

Нозологическая квалификация группы эндогенных заболеваний, траектория развития которых включает два этапа, I – соответствующий параметрам прогрессивной шизофрении, II – расстройствам шизофренического спектра, является предметом дискуссии.

Разные варианты эндогенного процесса с двухэтапным развитием определяются как шизофрения с прогрессивным течением (Л.М.Шмаонова), резидуальная шизофрения, шизофрения с длительной симптоматической/ипохондрической ремиссией и т.д.

Дебютируя симптоматикой манифестного психоза с последующим формированием негативных изменений, относящихся к разным вариантам шизофренического дефекта (I этап), эндогенный процесс в своем прогрессивном развитии (в плане расширения свойственной манифестной шизофренической симптоматики и нарастания негативных расстройств) завершается, но обнаруживает свойства дальнейшего течения (II этап).

Течение заболевания на этом этапе реализуется на фоне уже сформировавшихся, но более не углубляющихся негативных изменений шизофренического типа, феноменами наиболее легких психопатологических регистров. К состояниям, симптоматика которых соответствует проявлениям II этапа заболевания, относятся нажитая циклотимия, формирующаяся после перенесенного шизофренического психоза и протекающая в форме рекуррентных депрессий без признаков дальнейшего усугубления негативных изменений. В эту же категорию могут быть включены длительные параноидальные состояния, направленные на предотвращение повторных приступов бреда психоза (сложная система охранительных мероприятий, охватывающих все стороны жизни). Такие состояния формируются в рамках поздних ремиссий параноидной шизофрении (ремиссии по типу «новой жизни»), а также так называемые постпроцессуальные патологические развития личности (Н.Г.Холзакова, 1940).

Продолжение на стр. 8

¹³Справедливости ради необходимо упомянуть о критических выступлениях современников E.Kraepelin – A.Noche и O.Bumke, отзывавшихся о нозологической крепелиновской модели dementia praecox как об «охоте за фантомами» (цит.: А.С.Кронфельд, 1940. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. В кн.: Труды института им. Ганнушкина. Выпуск 5-й. М., 1940; с. 5–147). В.П.Сербский (1903–1904 гг.) определял концепцию E.Kraepelin как «разнородный симптоматический каталог».

¹⁴В DSM-5 кататония выносится за пределы шизофрении и рассматривается в качестве самостоятельной клинической категории в связи с выдвигаемым представлением о нозологической неспецифичности кататонического синдрома, манифестация которого возможна не только при шизофрении, но и аффективных психозах, а также при ряде неврологических и соматических заболеваний. «Ликвидация» кататонии как одной из форм шизофрении в DSM-5 является следствием подхода, согласно которому целесообразна унификация кататонических состояний, хотя и сопоставимых по синдромальной структуре, т.е. дескриптивно-однородных, но возникающих на гетерогенной почве (шизофрения, аффективные, соматические, неврологические заболевания) и, соответственно, – психопатологически неидентичных с выделением кататонии как самостоятельной номенклатурной единицы. Однако прийти к консенсусу с исследователями, придерживающимися такого подхода, затруднительно. Интерпретация кататонии как автономного клинического образования, потенциально провоцируемого в равной мере разными заболеваниями, восходит к учению A.Noche о пределикционных типах реакций – «реактивных готовностях». Вместе с тем с клинических позиций такой подход представляется проблематичным. Достаточно указать на концепцию С.Г.Жислина о влиянии «почвы» (соматического заболевания) на симптомообразование и модель G.Bergios (2011 г.), представляющую симптом/синдром как гибридный объект. В качестве облигатной составляющей этой модели выступает «примордиальный суп» – по существу та же «почва», обусловленная целым рядом факторов, в том числе психической или соматической патологией, существенно влияющей на формирование и психопатологическую структуру синдрома.

¹⁵Отдельные типы/формы (параноидная, гебефреническая), по мысли составителей DSM-5, следует рассматривать не как стабильные категории, но как сменяющиеся друг друга состояния, позволяющие судить о проявлениях патологического процесса лишь на данном, отдельно взятом отрезке его развития.

¹⁶В отличие от использованного в DSM-5 это определение (хотя и синонимическое) предполагает отграничение ядерной шизофрении от психотических, стертых форм.

К рассматриваемой группе относятся затяжные ипохондрические состояния, формирующиеся при негативных изменениях типа фершробен, не обнаруживающие по завершении прогрессивного (психотическая/субпсихотическая шизофрения) этапа эндогенного процесса признаков дальнейшего усложнения симптоматики и не подверженные вместе с тем полному обратному развитию. Клинически сопоставимые состояния в отечественной литературе квалифицировались в рамках ипохондрических/невротических развитий. Н.А.Бунеев (1923 г.) вводит для обозначения этих расстройств термин «шизоидные невротики», а S.Rado (1956 г.) – «проприоцептивный диатез».

Однако фактически, как свидетельствуют клинические наблюдения, речь идет об особой (рассматриваемой в настоящем исследовании в рамках II этапа заболевания) группе психических расстройств, динамика которых, с одной стороны, несмотря на наличие патологических изменений, релевантных шизофреническому дефекту, не соответствует прогрессивной шизофрении, а с другой – не может рассматриваться в рамках диатеза или резидуальных – постпроцессуальных состояний (динамика нажитых психопатий, постпроцессуальных развитий), поскольку обнаруживает свойства реальной болезни – синдромально оформленный комплекс позитивных расстройств, многолетнее течение с ремиссиями и экзacerbациями в форме аутохтонных или психогенно/соматогенно/нозогенно спровоцированных фаз.

Расстройства этой группы не могут ни по степени прогрессивности, ни по психопатологической структуре позитивных симптомокомплексов квалифицироваться в рамках манифестной шизофрении. Соответственно, представляется правомерной постановка вопроса об изменении их нозологической оценки. Наиболее адекватным в плане нозологического отграничения от прогрессивного эндогенного психоза представляется отнесение этой группы заболеваний к клиническому пространству расстройств шизофренического спектра.

Для обоснования такой диагностической позиции релевантной представляется дименсиональная психопатологическая модель, базирующаяся на концепции независимого течения основных составляющих эндогенного процесса: позитивных и негативных расстройств.

Можно предположить, что формирование стойких, не подверженных дальнейшим изменениям дефицитарных расстройств отражает завершение поступательной эволюции негативной симптоматики, а применительно к рассмат-

риваемому двухэтапному развитию эндогенного процесса – завершение прогрессивного (I) этапа его течения.

В своем дальнейшем течении заболевание (как по степени прогрессивности, так и степени выраженности позитивных расстройств) соответствует стандартам «второй» (по отношению к манифестной шизофрении) болезни – развертывается на уровне легких психопатологических регистров – аффективных и телесно ориентированных соматизированных, соматоформных, коэнстезиопатических симптомокомплексов (диапазон этих расстройств ранжируется от астенических и конверсионных расстройств до идиопатических алгий типа ограниченной ипохондрии, органических неврозов, инкапсулированного органического психоза). Однако сформировавшиеся на патологически измененной почве¹⁷ – на базе завершившего свое развитие шизофренического дефекта – позитивные симптомокомплексы, определяющие клинические проявления «второй» болезни, обнаруживают целый ряд психопатологических характеристик, свидетельствующих о принадлежности к расстройствам шизофренического спектра.

Однако установление критериев, позволяющих разграничить ядерную шизофрению и расстройства шизофренического спектра, требует доказательной базы и в первую очередь – клинических, катamnестических и эпидемиологических исследований.

В этом плане необходимо отметить, что клинические характеристики, позволяющие дифференцировать ядерную шизофрению от более благоприятно протекающих расстройств шизофренического спектра в общем виде (хотя они требуют целого ряда уточнений), были, как уже говорилось, разработаны G.Langfeldt, K.Schneider еще в середине XX в. Однако в диагностических критериях, представленных в систематиках цитируемых авторов, на первый план выдвигаются позитивные симптомокомплексы, в то время как негативные расстройства лишены статуса самостоятельного психопатологического феномена, а соответственно, их роль как дифференцирующих маркеров минимизируется.

В статье «Столетие», посвященной юбилею издания монографии E.Bleuler «Dementia Praecox oder Gruppe Der Schizophrenie» (1911 г.), W.Carpenter указывает на эти существенные недостатки предлагаемой на современном этапе исследований системы отграничения шизофрении. Среди них – акцент на нарушениях восприятия реальности (т.е. на позитивных расстройствах. – Прим. А.С.) и недооценка в качестве диагностических критериев, выделяемых

E.Bleuler, первичных – непосредственно связанных с эндогенным процессом (т.е. психопатологических проявлений негативного ряда. – Прим. А.С.) симптомов.

Таким образом, необходимо признать, что на современном уровне знаний основная «линия разлома» при разграничении расстройств, составляющих пространство шизофрении, располагается в сфере негативных изменений.

Однако при анализе проблемы негативных дименсий как дифференцирующего критерия при разграничении ядерной шизофрении и более благоприятных эндогенных форм и проведении в этом направлении дальнейших исследований необходимо принять два допущения.

1. Расстройства негативного ряда при их рассмотрении в клиническом аспекте отличаются полиморфизмом и составляют, по данным исследований школы А.В.Снежневского, многоуровневую структуру. Соответственно, их концептуализация несовместима с моделью расщепления (первичное расстройство по E.Bleuler) как универсального – единого для всех случаев шизофренического расстройства. Клинический полиморфизм негативных изменений тесно связан с констелляцией ряда факторов – структура конституционального предрасположения, возраст дебюта заболевания, пол, степень прогрессивности процесса, характеристики проводимой терапии и др.
2. Психопатологические проявления негативного ряда свойственны (но в клинически различных формах) не только злокачественно протекающим вариантам эндогенного психоза, но и расстройствам шизофренического спектра. Соответственно, вектор дифференциации имеет не одностороннюю (наличие или отсутствие дефекта), но разностороннюю направленность (разграничение различных вариантов негативных расстройств).

В отличие от свойственных ядерной шизофрении тяжелых форм шизофренического дефекта психопатологические проявления негативного ряда при расстройствах шизофренического спектра ограничены, как свидетельствуют данные некоторых исследований (В.Ю.Воробьев, 1988; А.Б.Смулевич, 1987, 2012), главным образом кругом психопатоподобных изменений, не сопровождающихся выраженной редукцией энергетического потенциала и социальной дезадаптацией. В ряду этих изменений постпроцессуальные развития (по типу эволюционирующей шизоидии), псевдопсихопатии с акцентуацией по типу зависимых, ананкастных, астенических дименсий.

Обращаясь ко второй части проблемы – попыткам некоторых сторонников «деструкции» шизофреники ликвидировать само понятие этого заболевания, изъять его из нозологической систематики психических расстройств, сразу же подчеркнем, что с этой позицией, с нашей точки зрения, нельзя согласиться.

Шизофрения, и прежде всего ее основные, «ядерные», формы, хотя и не могут с полным основанием (отсутствия доказательных данных о единых этиопатогенетических механизмах) квалифицироваться в рамках принятой в общей медицине нозологической парадигмы, но исходя из клинических и эпидемиологических данных (одинаковая – 0,8–1% распространенность в разных популяциях) может рассматриваться в качестве валидного таксона/диагностической категории.

«Ликвидация» шизофрении как самостоятельной нозологической формы не только чревата негативными последствиями в плане клинической практики (диагноз шизофрении обеспечивает информацией о течении, клиническом и социальном прогнозе, исходе, необходимых терапевтических мероприятиях), но и влечет за собой более серьезные последствия. Речь идет не только об альтернативе «шизофреники» – заболеванию или синдрому.

Отказ от понимания шизофреники как эндогенного заболевания может иметь результатом отрицание аутохтонной (эндогенной) природы психических расстройств, объединяемых этим понятием, с интерпретацией их природы исключительно воздействием ситуационных, психогенных или соматогенных факторов. При этом нивелируются установленные фундаментальными клиническими исследованиями (в том числе принадлежащими А.В.Снежневскому и его школе), проводившимися на протяжении XX в., факты, валидные при любой диагностической системе. В соответствии с результатами этих исследований существует группа эндогенных психических расстройств («ядерная» шизофреники, шизотипическое, шизоаффективное расстройство, бредовые психозы), формирующихся на базе конституционально-генетического предрасположения, манифестация которых на современном уровне знаний не может быть удовлетворительно аргументирована тем или иным неблагоприятным воздействием. Существование этой группы и должно найти отражение в новых систематиках психических расстройств.

Как пишет J.Garrabé (1992 г.), «XX век с точки зрения культурной истории умопомешательства – век шизофреники». XXI в. должен стать веком новой модели, концептуализирующей выделение группы эндогенных заболеваний. ■

¹⁷Термин заимствован из публикаций С.Г.Жислина. В дефиниции автора речь идет о видоизменении психопатологических расстройств, формирующихся на соматически измененной почве. В нашей версии термин определяет характеристики аффективных и соматизированных расстройств, формирующихся на психопатологически измененной почве.

Резолюция делегатов XVI Съезда психиатров России и участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Казань, 23–26 сентября 2015 г.



Пресса атакует главных лиц Съезда.

Участники Съезда констатируют, что показатели психического здоровья населения России в течение последнего десятилетия (2005–2014 гг.), имея некоторую тенденцию к улучшению, в целом остаются неблагоприятными. При этом процесс реформирования системы психиатрической помощи идет недостаточными темпами.

Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в расчете на 100 тыс. населения снизился на 5,6% (с 2 966,58 до 2 799,0). Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами снизился на 25,9% (с 388,3 до 308,3). Продолжается рост инвалидизации в связи с психическими расстройствами: за 10 лет число инвалидов увеличилось на 5,2% и в 2014 г. составило 1 055 950 человек; в расчете на 100 тыс. населения этот показатель вырос на 4,0% и составляет 721,9. В общем числе лиц, обратившихся за психиатрической помощью, инвалиды составляют 28,5%; в расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составляет 66,7 (в 2005 г. – 55,5).

В 2014 г. число врачей-психиатров в 85 регионах РФ составило 13 391 человек, число врачей-психотерапевтов – 1 526 человек. При этом обеспеченность населения врачами-психиатрами в расчете на 10 тыс. населения составила 0,92, врачами-психотерапевтами – 0,10. Высокий показатель коэффициента совместительства (врачей-психиатров – 1,54, врачей-психотерапевтов – 1,94) свидетельствует о хроническом дефиците в отрасли указанных специалистов.

В период 2005–2014 гг. произошло значительное уменьшение числа и мощности психиатрических учреждений, как амбулаторных, так и стационарных.

Число психоневрологических диспансеров уменьшилось на 43,3% (с 173 до 98), медицинских учреждений, имеющих дневной стационар, – на 2,3% (с 171 до 167), медицинских учреждений, имеющих психиатрические кабинеты, – на 12,5% (с 2 249 до 1 967), психиатрических больниц – на 22,2% (с 270 до 210), диспансеров, имеющих стационары, – на 36,5% (с 115 до 73).

Начиная с 2010 г., несколько увеличилось число подразделений, оказывающих полустационарную психиатрическую помощь: дневных стационаров – на 17,2% (с 233 до 273), ночных стационаров – в 6 раз (с 1 до 6). При этом число стационаров на дому уменьшилось на 13,3% (с 17 до 15). Число мест дневных стационаров возрастало и достигло 19 093; этот показатель в расчете на 100 диспансерных больных составляет 1,22. Число мест в лечебно-производственных мастерских, напротив, продолжало снижаться и достигло минимального уровня за последние 20 лет – 5395 мест. Этот показатель в расчете на 100 диспансерных больных составляет 0,34.

Доля диспансерного контингента наблюдаемых психически больных продолжала снижаться и составляет 42,2% – за счет роста доли консультативного контингента больных психическими расстройствами до 57,8%. Около 60% всех обращающихся за психиатрической помощью нуждаются только в амбулаторной помощи.

Кочный фонд психиатрических стационаров в 2005–2014 гг. сократился на 14,1% – с 161 748 до 138 950 коек, показатель обеспеченности койками в расчете на 10 тыс. населения уменьшился на 15,8% – с 11,4 до 9,5 коек. Существенное сокращение коечного фонда не повлекло за собой уве-

личение оборота койки, среднего числа дней работы койки в году. Средняя занятость психиатрической койки в году в целом по 85 регионам составила 336 дней. Общее число госпитализированных больных в этот период сократилось на 117 600 человек (на 13,8%), средний срок стационарного лечения сократился с 102,0 до 95,3 дня.

Анализ состояния психиатрической службы и наличие разнонаправленных тенденций динамики ее основных показателей деятельности свидетельствуют об отсутствии системного подхода к организации психиатрической помощи в большинстве субъектов РФ, недостаточном учете потребностей населения в разных ее видах.

Уменьшение на 5,6% обслуживаемых контингентов больных психическими расстройствами и на 25,9% – показателей первичной заболеваемости явилось результатом централизации психиатрической службы в субъектах РФ, сокращением числа психоневрологических диспансеров и психиатрических кабинетов. Наблюдаемое увеличение на 26,2% числа врачебных посещений произошло за счет профилактических осмотров, при этом частота выявления психических расстройств снизилась. Увеличение числа врачебных посещений на фоне сокращения показателей кадровой обеспеченности свидетельствует о значительном сокращении времени на обслуживание одного пациента, снижении терапевтической активности участковых врачей-психиатров.

В течение последних лет произошло значительное сокращение финансирования психиатрической службы, о чем свидетельствуют результаты мониторинга величины расходов на оказание помощи больным психическими расстройствами в 42 субъектах РФ, проведенного в мае–июне 2014 г. Общие расходы на оказание психиатрической помощи в этих регионах составили 20 683,0 млн руб.; при этом доля стационарной психиатрической помощи в указанных расходах составила 87,2%, финансирование оказания помощи при чрезвычайных ситуациях – 0,7%. Средняя стоимость лечения одного больного в психиатрическом стационаре составила 48 971,96 руб., в дневном стационаре – 10 305,04 руб. Указанные данные были агрегированы и позволили определить реальные ориентировочные расходы на оказание психиатрической помощи в стране, которые составили около 46 600,2 млн руб.

Делегаты съезда и участники конференции отмечают, что недоработки в практической реализации Федерального закона №426 «О специальной оценке условий труда» привели к тому, что с 2015 г. сотрудники психиатрической службы лишаются своих гарантий и компенсаций. Поскольку из вредных факторов при оценке условий труда исключен психоэмоциональный, многие специалисты будут вскоре лишены существующих льгот за вредные условия труда, включая надбавки к зарплате, дополнительный отпуск и пенсионные льготы. На фоне сложной кадровой ситуации в психиатрии отмена существующих льгот сделает эти специальности еще менее привлекательными.

Сложившаяся ситуация вызвана тем, что до сих пор не разработан ряд дополнительных положений к закону. Если раньше работники могли претендовать на дополнительные выплаты за работу в особо опасных и тяжелых условиях труда, а также на предоставление длительного отпуска, а конкретный размер оплаты и дни дополнительного отпуска устанавливались в соответствии с должностными, включенными в определенный список, то теперь, в соответствии с изменениями в Трудовом кодексе РФ и законом «О специальной оценке условий труда», конкретный размер компенсаций устанавливается непосредственно работодателем с учетом результатов специальной оценки условий труда (СОУТ). СОУТ работников проводится специализированной организацией. Вместе с тем Постановлением Правительства РФ №290 был определен общий перечень рабочих мест, в отношении которых СОУТ проводится с учетом устанавливаемых уполномоченным федеральной властью особенностей; в него вошли рабочие места медицинских работников, работающих в определенных условиях. Согласно закону «О специальной оценке условий труда» до 1 января 2015 г. Министерство труда и социальной защиты РФ должно было утвердить особенности проведения специальной оценки условий труда в отношении предусмотренных перечнем, утвержденным настоящим постановлением, рабочих мест в организациях, осуществляющих отдельные виды деятельности, однако этого сделано не было.

Решение этого вопроса не может быть урегулировано другими

Продолжение на стр. 10

нормативными актами. Постановление Правительства РФ от 20.11.2008 №870 «Об установлении сокращенной продолжительности рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, повышенной оплаты труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда» утратило силу в связи с неисполнением Министерством здравоохранения и социального развития РФ обязательств установить в 6-месячный срок после его вступления в зависимости от класса условий труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, сокращенную продолжительность рабочего времени, минимальную продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, минимальный размер повышения оплаты труда, а также условия предоставления указанных компенсаций.

Все сказанное свидетельствует о том, что ранее разработанные и существующие до настоящего времени формы оказания, способы планирования, управления и финансирования психиатрической помощи перестали в полной мере соответствовать потребностям населения. При этом в последние годы возникли правовые коллизии, которые затрагивают предоставление существующих компенсаций и гарантий специалистам, участвующим в оказании психиатрической помощи.

Дальнейшее совершенствование психиатрической помощи требует реализации следующих направлений развития психиатрической науки и практики:

1. В области организации психиатрической помощи

- Обеспечить системный подход в организации психиатрической службы; привести ее структуру в соответствие с «Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»; дополнить указанный Порядок правилами организации деятельности, рекомендованными штатными расписаниями и стандартами оснащения психотерапевтического центра и ночного стационара; привести материально-техническое и лекарственное оснащение психиатрической службы в соответствие со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями при психических расстройствах и расстройствах поведения. Разработать в дополнение к Порядкам оказания медицинской помощи в психиатрических и общесоматических учреждениях порядок организации медсестринских постов в соматических стационарных

учреждениях в случае перевода (выписки) пациента из психиатрического стационара. Внести в Порядок изменения в части штатных нормативов медицинских организаций, выполняющих организационно-методические функции на уровне региона.



- Выделять целевые группы пациентов и разрабатывать лечебно-реабилитационные программы для них, ориентированные на приоритетное оказание помощи во внебольничных условиях. Повысить терапевтическую и реабилитационную активность внебольничной (амбулаторной и полустационарной) службы, улучшить лекарственное обеспечение ее подразделений, в первую очередь, за счет препаратов пролонгированного действия; увеличить число мест в полустационарных и лечебно-производственных подразделениях; привести нагрузки участковых врачей к реальным потребностям для осуществления диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности.
- Добиваться увеличения финансирования субъектами РФ психиатрической службы в целом и льготного лекарственного обеспечения больных, не имеющих группы инвалидности, в частности. При этом использовать целевое планирование для развития психиатрической службы в регионах, рационального перераспределения психиатрических ресурсов; проводить клинко-экономический анализ прямых затрат на оказание помощи целевым группам пациентов.
- Пересмотреть сроки проведения врачебной комиссии для решения вопроса о продлении листка нетрудоспособности пациентам, находящимся на принудительном лечении с внесением соответствующих изменений в Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан» и приказ Минздрава России от 29.06.2011 г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».

Обратиться в Минздрав России с предложением определить форму медицинской карты пациента, получающего психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, в связи с введением в действие приказа Минздрава России от 15.12.2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм

медицинской документации...» и отменой ранее используемой формы №025/у-04.

2. В области наркологии

- Обеспечить использование методологии и достижений научной (доказательной) медицины для совершенствования и модернизации системы оказания наркологической помощи, исполнения действующих стандартов оказания наркологической помощи и протоколов лечения наркологических больных, а также мониторинга и эпидемиологии наркологических заболеваний.
- Считать целесообразным комплексный биопсихосоциальный подход, включающий формирование многоуровневой системы взаимодействия специализированных наркологических, психиатрических и социально-психологических служб для лечения, реабилитации и социально-психологической поддержки наркологических больных.
- Рекомендовать наркологическим организациям в своей практической деятельности уделять особое внимание внедрению эффективных профилактических, лечебных и реабилитационных программ на основе научно обоснованных стандартов, максимальной индивидуализации лечебных и реабилитационных стратегий, включающих психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, личностно-ориентированную индивидуальную, семейную и групповую психотерапию, социотерапию.
- Во взаимодействии с Минздравом России, Федеральной службой РФ по контролю за оборотом наркотиков, региональными органами управления здра-

воохранением разрабатывать программы комплексного лечения и реабилитации пациентов, страдающих наркологическими заболеваниями, для включения их в государственные региональные программы профилактики и охраны здоровья населения.

- Рассмотреть возможность организации взаимодействия психиатров, психиатров-наркологов с общественными организациями, занятыми в сфере комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача.
- Обратиться к Правительству РФ с просьбой рассмотреть при разработке проекта федерального закона о федеральном бюджете на 2016 г. и на плановый период 2017–2018 гг. возможность дополнительного финансирования государственной программы РФ «Противодействие незаконному обороту наркотиков» в части мероприятий подпрограммы «Комплексная реабилитация и ресоциализация лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях».
- Поддержать реализацию предусмотренных законодательством РФ и законодательством субъектов РФ мер, направленных на создание в субъектах РФ новых пилотных проектов социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача.

3. В области фундаментальных и прикладных задач клинической психиатрии

- Принять участие в разработке национальной программы изучения функционирования мозга человека в норме и при разных видах патологии психической деятельности. Эта программа, в частности, должна обеспечить решение следующих задач:
 - выявление и изучение на основе применения современных методов генетики и протеомики (новых методов секвенирования, ассоциативных геномных и постгеномных исследований) молекулярных факторов возникновения психических расстройств;
 - исследование взаимодействия механизмов патогенеза с условиями жизнедеятельности человека с выявлением особенностей эпигенеза нарушений работы мозга, сознания и поведения;
 - совершенствование методов неинвазивной визуализации функциональных нейросетей и общей нейроморфометрии головного мозга человека для объективной оценки и дифференциации вариантов нормального и патологического развития;

- создание стандартизованных батарей клинико-психопатологических и психологических тестов для оценки состояния когнитивно-аффективных функций, а также индивидуальной диагностики стресс-устойчивости человека;
- выявление и диагностическое использование ранних нейромимунных маркеров воспалений тканей головного мозга, в том числе связанных с латентными вирусными инфекциями;
- разработка новых высокоточных технологий диагностики приема химических веществ наркотического действия;
- разработка нейрокогнитивных и нейрофармакологических технологий редактирования следов памяти – избирательной потенциации ослабевающих или нарушенных следов памяти и подавления травматической памяти;
- поиск и исследование эффектов новых классов когнитивных и нейропротекторных препаратов, избирательно активирующих нейрональные стволовые клетки и нейрогенез во взрослом головном мозге;
- развитие и использование перспективных нейротехнологий транскраниального воздействия и адресной доставки лекарственных препаратов для коррекции и улучшения работы мозга человека;
- создание адекватных животных моделей для изучения и терапии нарушений психического здоровья человека;
- повышение научного уровня и объективности экспертных оценок нейрофизиологического и психологического статуса контингента специализированных лечебных учреждений.
- Продолжать исследование психопатологических синдромов в возрастном аспекте, патокинетики синдромов для решения вопросов о прогностичности или регрессивности состояний, установления нозологии; исследование патогенеза психопатологических синдромов; разработку стратегии идентификации синдромов для исследования эффективности психофармакологических средств в рамках биологических исследований.
- Активно разрабатывать методические рекомендации по диагностике и терапии аффективных расстройств, проблемы терапевтической резистентности при аффективной патологии.
- Разрабатывать перспективные задачи психоэндокринологии – выявление биомаркеров (гормональных, антропометрических и др.) как показателей патофизиологических процессов психических заболеваний и предикторов эффективности терапии, разработку методических рекомендаций для практических врачей по купированию нейроэндокринных дисфункций.

- В области фармакотерапии психических расстройств – повышать качество методологии проводимых фармакотерапевтических исследований на основе достижений доказательной медицины и надлежащей клинической практики.

4. В области психосоматической медицины

- Унифицировать подходы к научным исследованиям, диагностике, терапии и организации специализированной помощи при психических расстройствах в общей медицинской практике путем создания оригинальной классификации психосоматических расстройств и выработки единых стандартов



В зале заседаний съезда.

- диагностики и лечения, обеспечить разработку профилированных подходов к оказанию медицинской помощи пациентам с психосоматическими расстройствами по основным областям медицины.
- Считать актуальной задачей интеграции психиатрии и соматической медицины организацию квалифицированной медицинской помощи при психосоматических расстройствах в рамках междисциплинарных коллективов с участием специалистов в области психического здоровья и интернистов соответствующего профиля, действующих в рамках организационной модели «встречного движения».

5. В области психотерапии

- Активно разрабатывать и внедрять эффективные модели психотерапевтической помощи лицам с психическими заболеваниями с использованием стационарзамещающих форм, амбулаторного лечения и стандартизации психотерапевтической помощи.
- Не допускать «размывания границ» психотерапии, внедрения во врачебную практику «психологического подхода» – без установления нозологического диагноза больного и без использования биологической те-

рапии, сведения процесса лечения к консультированию и использованию только психокоррекционных техник.

- Не допускать к оказанию психотерапевтической помощи непрофессионалов, «специалистов» без медицинского образования, использующих квазилечебные методы, представляющие реальную угрозу для психического здоровья людей и создающие ситуацию бесконтрольной деятельности, негативно влияющей на психическое состояние человека.
- Обратиться в Минздрав России с предложением о введении должности главного психотерапевта и о возможном введении преподавания психотерапии для студентов медицинских вузов.

6. В области сексологии

- Добиваться активного привлечения сексологов к разработке и реализации действующих государственных программ по проблемам демографии, борьбы с распространением инфекций, передаваемых половым путем, внеплановыми беременностями, сексуальным насилием, педофилией.
- Для координации подготовки врачей-сексологов в регионах и в целях совершенствования развития сексологической службы страны необходимо возобновить работу Федерального научно-методического и образовательного центра по вопросам медицинской сексологии на базе отдела сексопатологии МНИИП и лаборатории судебной сексологии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова. Ввести курс сексологии (36 ч) в программу обучения в медицинских вузах.

7. В области суицидологии

- Обеспечить проведение научных исследований, направленных на выявление факторов суицидального риска, в первую очередь, в регионах с высокой и сверхвысокой частотой само-

убийств; внедрять современные формы профилактики суицидального поведения (универсальной, селективной, индикативной).

- На федеральном и региональном уровнях активно добиваться создания государственной программы предотвращения самоубийств.
- Добиваться включения клинической суицидологии в программы вузовских курсов по психиатрии и последипломного обучения врачей-психиатров, а также введения субспециальности «врач-психиатр-суицидолог».
- Совершенствовать обучение врачей общемедицинской сети навыкам диагностики депрессивных и иных суицидоопасных состояний.
- Активно участвовать в просвещении населения по распознаванию состояний суицидального риска, подготовке гейткиперов.

8. В области психиатрической этики и судебной психиатрии

- Шире развивать образовательную работу по вопросам этики в психиатрии и смежных областях, включать вопросы этики в программы научных форумов с целью более активного привлечения к ним внимания специалистов.
- На сайте РОП создать тематический раздел по вопросам этики с материалами отечественной и зарубежной литературы, контактными данными ЛЭЖов, функционирующих в психиатрических учреждениях; разработать образовательный курс по вопросам этики в психиатрии, опубликовать его на сайте РОП со свободным доступом для зарегистрированных специалистов; разработать и представить на обсуждение на сайте РОП методические рекомендации по процедуре этической оценки научных исследований.
- При создании функциональной группы по разработке проекта Федерального закона «Об экспертной деятельности в РФ» обратить особое внимание на этические проблемы судебно-психиатрической деятельности, а также на необходимость взвешенного подхода к решению вопроса о возможности биомедицинских исследований при производстве судебной экспертизы, подразумевающего доступ подэкспертных к участию в научных исследованиях с учетом баланса проистекающих из такого участия риска и блага для самого подэкспертного.
- Обеспечить тесное взаимодействие профессионального психиатрического сообщества и лиц, обладающих правом законодательной инициативы, с целью активизации участия представителей этого сообщества в законотворчестве, затрагиваю-

Продолжение на стр. 12

- щем проблемы оказания психиатрической помощи.
- Просить Минздрав России ускорить утверждение Порядка проведения судебно-психиатрических экспертиз, подразумевающего внедрение современных правил организации деятельности экспертных подразделений, их новых штатных нормативов и стандартов оснащения.
 - Просить Минздрав России в пределах его компетенции и имеющихся возможностей содействовать скорейшему решению в законодательном порядке вопроса об охране отделений судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей.
 - Просить Минздрав России, в пределах его компетенции, инициировать вопрос об изменении редакции пункта 3.2 статьи 196 Уголовно-процессуального кодекса (УПК) РФ, поскольку действующая редакция необоснованно расширяет круг лиц, направляемых на судебную экспертизу.
 - Просить Минздрав России решить вопрос о статусе межрегиональных стационарных отделений судебно-психиатрических экспертиз для лиц, содержащихся под стражей, с разработкой схемы прикрепления субъектов РФ, не имеющих «стражных» отделений, к межрегиональным и системы оплаты этой экспертной работы.
 - Вернуться к обсуждению принятого решения по оптимизации работы судебно-психиатрических экспертных учреждений, и, в частности, к поручению Минздрава России органам исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья организовывать лицензирование наркологических учреждений на право проведения ими судебно-психиатрической экспертизы.
 - Просить Минздрав России о создании межведомственной группы для разработки Федерального закона «О судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизе в Российской Федерации».
 - Просить Минздрав России в пределах своей компетенции обратиться в Верховный суд РФ с разъяснением действующего порядка определения сроков лечения и медицинской реабилитации больных наркоманией в соответствии с разработанными нормативными документами.
 - Обратиться в Минздрав России с просьбой о проведении активной межведомственной работы, направленной на сохранение механизмов взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел по профилактике опасных действий больных, недопустимости отмены совместного приказа Минздрава России и МВД РФ №133/269 от 30.04.1997 и ст. 12 Федерального закона «О поли-

- ции».
- Обратиться в Минздрав России с просьбой о разработке проекта Федерального закона «Об исполнении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных уголовным законодательством» (во исполнение ст.97 ч. 3 УПК РФ).
 - Федеральному медицинскому исследовательскому центру психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского подготовить информационное письмо по вопросам, касающимся производства судебно-психиатрических экспертиз на этапе до возбуждения уголовного дела, а также информационное письмо по актуальным вопросам проведения судебных экспертиз, назначаемых в порядке п. 3.2 ст. 196 УПК РФ, в том числе по вопросам, касающимся определения на этапе производства судебно-психиатрической экспертизы срока лечения и реабилитации конкретного больного наркоманией.

9. В области последипломного образования специалистов, участвующих в организации психиатрической помощи

- Активно разрабатывать единую программу последипломного образования врачей-психиатров на основе отечественной и международной классификации психических заболеваний.

10. Обратиться в Министерство труда и социальной защиты РФ с предложением безотлагательно утвердить особенности проведения специальной оценки условий труда в отношении рабочих мест в организациях, оказывающих психиатрическую помощь, во исполнение Федерального закона «О специальной оценке условий труда».

11. Поддержать решение Общественной палаты РФ от 15.07.2015 г. «Психическое здоровье граждан» об обращении к:

- Администрации Президента РФ: – рассмотреть возможность объявления 2017 г. Годом психического и духовного здоровья нации.
- Конституционному суду РФ: – установить наличие либо отсутствие противоречий отдельных положений действующего законодательства, в частности, Закона РФ от 2 июля 1992 г. №31875-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также соответствие противоречащих положений Конституции РФ и другим федеральным законам.

- Государственной думе и Совету Федерации Федерального собрания РФ:
 - разработать и принять Федеральный закон «О психологической помощи в Российской Федерации»;
 - постоянно совершенствовать нормативную правовую базу оказания психиатрической по-

мого в рамках демографических, психологических, эпидемиологических и профилактических исследований разных этнокультурных, социальных и профессиональных групп населения России; – создать сводные базы данных по результатам применения методов профилактики и коррекции последствий психосоциального



В зале заседаний съезда.

мощи населению на основании научно обоснованных предложений по изменению статуса отдельных заболеваний с точки зрения необходимости социальной поддержки пациентов в форме бесплатного обеспечения необходимыми медикаментами.

- Правительству РФ:
 - внести изменения в постановление Правительства РФ от 30.07.1994 г. №790 с включением биполярного аффективного расстройства в «Перечень групп населения и категорий заболевания, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей бесплатно»;
 - завершить разработку на основе отечественной классификации психических и поведенческих расстройств и принять «Федеральные клинические рекомендации для диагностики и лечения психических расстройств» в качестве основы для оказания практической психиатрической помощи, подготовки и переподготовки врачей-специалистов в высших учебных заведениях, а также при проведении прикладных научно-исследовательских работ.

- Министерству здравоохранения РФ
- Министерству труда и социальной защиты РФ
- Министерству внутренних дел РФ
- Министерству юстиции РФ
- Федеральной службе по контролю за оборотом наркотиков:
 - систематически проводить комплексный межведомственный мониторинг качества жизни граждан с целью выявления факторов повышенного риска для психического здоровья, реализуе-

стресса, приводящих к возникновению психосоматических заболеваний (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и иммунных, злокачественных новообразований), невротических и связанных со стрессом психических расстройств, развитию стойких форм личностных деформаций и девиантного поведения (алкоголизма, токсико- и наркоманий, табакокурения, десоциализации);

- разработать и внедрить методологию доказательной медицины в области нарушений психического здоровья населения для объективной оценки эффективности методов психотерапевтических, медикаментозных, нейрореконструктивных и социально-реабилитационных воздействий;
- разработать методологию совместной («бригадной») работы психологов и психиатров с эффективным разделением труда и интеграцией решаемых задач по сохранению и улучшению психического здоровья населения;
- разработать национальные стандарты допуска психологов к решению практических задач на производстве, в учебных заведениях и клинике с обеспечением уровня требований не ниже существующих в настоящее время в Европейском союзе (система EuroPsy);
- произвести оценку соответствия существующих в настоящее время учебных программ российских высших учебных заведений и квалификации выпускаемых ими специалистов-психологов этим стандартам;
- разработать комплекс мер по преодолению социокультурной стигматизации психических заболеваний в нашей стране. ■

26 сентября 2015 года, г. Казань.

Исполнительный комитет Российского общества психиатров избран на XVI Съезде психиатров России (Казань, сентябрь 2015)

Член исполкома	Закрепленные функциональные обязанности	
Николай Григорьевич Незнанов Санкт-Петербург Директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, доктор медицинских наук, профессор	Президент РОП	
Лиманкин Олег Васильевич Санкт-Петербург Главный врач СПб ГУЗ «Городская психиатрическая больница №1 им. П.П.Кащенко» Кандидат медицинских наук Вице-президент Российского общества психиатров (РОП)	Общие вопросы. Организация мероприятий РОП. Работа с регионами	
Кекелидзе Зураб Ильич Москва Генеральный директор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России Главный внештатный специалист-психиатр Минздрава России Доктор медицинских наук, профессор Вице-президент РОП	Контакты с Минздравом Российской Федерации	
Морозов Петр Викторович Москва Профессор кафедры психиатрии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Региональный представитель Всемирной психиатрической ассоциации в Восточной Европе Доктор медицинских наук, профессор Вице-президент РОП	Связи с международными психиатрическими общественными организациями	
Яхин Каусар Камилевич Республика Татарстан Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России Доктор медицинских наук, профессор Вице-президент РОП	Вопросы профессионального образования	
Бабин Сергей Михайлович Санкт-Петербург Заведующий кафедрой психотерапии и сексологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России Доктор медицинских наук	Вопросы психотерапии	
Бархатова Александра Николаевна Москва Ученый секретарь ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Кандидат медицинских наук	Работа секций Правления РОП	
Бохан Николай Александрович Томская область Директор ФГБНУ «НИИ психического здоровья» Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ	Работа с региональными отделениями Сибирского федерального округа	
Валинуров Ринат Гаянович Республика Башкортостан Главный врач ГБУЗ «Республиканская клинической психиатрической больницы №1» Минздрава Республики Башкортостан Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, главный специалист-психиатр Приволжского федерального округа Минздрава России, главный специалист-психиатр Минздрава Республики Башкортостан	Работа с региональными отделениями Приволжского федерального округа	
Евтушенко Валерий Яковлевич Московская область Заместитель главного врача ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница» Кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ	Правовые вопросы	
Клименко Татьяна Валентиновна Москва Директор НИИ Наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России Доктор медицинских наук, профессор	Вопросы наркологии	
Клюшник Татьяна Павловна Москва Директор ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Доктор медицинских наук, профессор	Фундаментальные исследования в психиатрии	
Краснов Валерий Николаевич Москва Директор Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России Доктор медицинских наук, профессор	Разработка международной классификации болезней. Работа с ЕПА	
Ландышев Михаил Александрович Рязань Заведующий медико-реабилитационным отделением ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Баженова»	Организационная работа с региональными отделениями	
Макушкин Евгений Вадимович Москва Заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России Доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России	Вопросы судебной и детской психиатрии	
Мартынихин Иван Андреевич Санкт-Петербург Доцент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Кандидат медицинских наук	Информационная деятельность. Интернет-проекты	
Мосолов Сергей Николаевич Москва Руководитель направления терапии психических заболеваний Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ	Разработка клинических рекомендаций	

Член исполкома	Закрепленные функциональные обязанности
Петрова Наталия Николаевна Санкт-Петербург Заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» Доктор медицинских наук, профессор	Работа с молодыми учеными
Семенова Наталия Владимировна Санкт-Петербург Руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева» Доктор медицинских наук	Секретарь Исполкома
Семке Аркадий Валентинович Томская область Заместитель директора ФГБНУ «НИИ психического здоровья» Доктор медицинских наук, профессор	Этические вопросы. Обращения
Тиганов Александр Сергеевич Москва Научный руководитель ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ	Клинические проблемы психиатрии
Ульянов Илья Геннадьевич Приморский край Заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник Высшей школы РФ	Работа с региональными отделениями Дальневосточного федерального округа
Цыганков Борис Дмитриевич Москва Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист-психиатр Центрального федерального округа Минздрава России, главный внештатный специалист-психиатр Департамента здравоохранения г. Москвы	Образовательные проекты
Шмилович Аркадий Липович Москва Президент региональной общественной организации «Клуб психиатров» Кандидат медицинских наук	Вопросы психосоциальной реабилитации. Работа с пациентскими организациями

У наших друзей

Метаанализ при оценке антидепрессивной эффективности



В.А.Медведев
ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва

Современное интенсивное развитие психиатрии не позволяет практикующим врачам и научным работникам в полном объеме знакомиться со всеми результатами исследований. Даже по узкой теме охватить вниманием ежегодное количество оригинальных публикаций (например, количество статей, касающихся больших депрессивных эпизодов, возросло с 2003 до 2013 г. с 3 тыс. до 6,5 тыс. в год) не представляется возможным. При этом суще-

ствование в парадигме доказательной медицины, основанной не только на клинических суждениях, но и релевантном научном обосновании и учете индивидуальных интересов и потребностей пациентов, требует от специалиста постоянного обновления знаний.

Уровни доказательности при разработке руководств и рекомендаций представлены (по мере возрастания доказательности) экспертным мнением, описанием клинических случаев, результатами поперечных исследований, исследованиями «случай–контроль», когортными и рандомизированными контролируемые исследованиями (РКИ) и, наконец, систематическими обзорами и метаанализами.

Систематические обзоры и метаанализы являются формой исследований, позволяющих концептуально охватить большой срез результатов научных работ, и впоследствии становятся основой для составления рекомендаций и руководств по лечению.

Обсуждению преимуществ, принципов организации и возможностей применения в практической медицине систематических обзоров и метаанализа был посвящен один из ключевых са-

телитных симпозиумов Европейского конгресса нейропсихиофармакологии (ECNP 2015, Амстердам, 30 августа 2015 г.) «Заинтересованность и энтузиазм при проведении метаанализов».

Профессор S.Kennedy (Университет Торонто, Канада) в ключевом сообщении подчеркнул различия между обзором и метаанализом.

В авторском обзоре пишущий является экспертом-клиницистом, использующим повествовательный стиль изложения. Для поиска всех релевантных исследований используются неспецифические методы и критерии отбора исследований. Неспецифичность методов суммирования результатов предопределяет неспецифический уровень доказательности для рекомендаций.

Систематический обзор представляет совокупность эмпирических доказательств, отвечающих критериям отбора для ответа на исследовательский вопрос. Систематические обзоры не обязательно, но во многих случаях включают метаанализы. В систематическом обзоре автор является экспертом-методологом; для поиска всех релевантных исследований используются стандартизованный метод, четкие крите-

рии отбора исследований, количественный метод суммирования результатов (метаанализ) и четко сформулированный уровень доказательности для рекомендаций.

Метаанализ – статистический анализ большого объема полученных в результате отдельных исследований данных с целью их интеграции. В отличие от совокупного анализа (pooled analysis), где объектами всех обязательно схожих по методологии исследований является N-число субъектов, а исходная информация обо всех пациентах используется как часть одного большого исследования, при метаанализе изучается n-число исследований, используется стандартная оценка размера эффекта для каждого исследования, возможны включение исследований с разной методологией и лишь ограниченный субанализ (регрессивный метаанализ).

Ключевые моменты метаанализа: разработка и оценка качества исследования

При подготовке исследования необходимо четко сформулировать основной вопрос, обосновать стратегию поиска, критерии включения и исключения, при-

влечь минимум двоих независимых рецензентов (релевантные исследования), продумать стратегию получения и виды информации (рандомизационная последовательность, заслепление, потерянные данные), методологию анализа и интерпретации результатов.

Для оценки качества метаанализов и систематических обзоров S.Kennedy рекомендует методологию PRISMA, включающую следующие основные этапы: идентификация (количество публикаций, идентифицированных при поиске в базах данных; число дополнительных данных, обнаруженных в других источниках); скрининг (количество публикаций после удаления дублирующих друг друга исследований; число «скринированных» исследований; число исключенных исследований); оценка соответствия критериям отбора (число полнотекстовых статей, отобранных для включения; число исключенных статей с указанием причин); включение (число публикаций, включенных в качественный синтез; число исследований, включенных в количественный синтез – метаанализ). Помимо этого необходимо учитывать исторические различия в методологии исследования (длительность исследований, техники обследования, более высокий уровень ответа на плацебо), различия в критериях включения (только РКИ, включение или исключение неудавшихся исследований – failed trial, только исследования с активным компаратором) и т.д.

Таким образом, систематические обзоры и метаанализы формируют доказательную базу высочайшего качества для сравнения стратегий лечения. Способность критически оценивать метаанализы и результаты РКИ является неотъемлемым аспектом современной клинической практики для обеспечения наилучшего возможного лечения для пациентов.

Ошибки планирования и оценки результатов метаанализов могут приводить к существенному расхождению данных об эффективности антидепрессивной терапии.

По данным профессора D.Taylor (Королевский колледж, Лондон), расхождения оценок терапевтического эффекта того или иного тимолептика в базе Управления по контролю пищевых продуктов и лекарств в США и журнальных публикациях могут достигать 69%.

На модели метаанализов результатов исследований самого на сегодняшний день современного антидепрессанта агомелатина D.Taylor представляет отличия корректного исследования от проведенных с ошибками методологией. Например, несмотря на приводимые в литературе данные о преимуществах агомелатина в сравнении с плацебо при тяже-

лых депрессиях в целом, M.Koesters и соавт. (2013 г.) обнаружили, что клинически значимое отличие между агомелатином и плацебо маловероятно у пациентов с униполярной тяжелой депрессией. Авторами выявлены систематические ошибки, связанные с предпочтительной публикацией положительных результатов исследований.

В большинстве метаанализов агомелатин достоверно превосходит венлафаксин, сертралин, флуоксетин, эсциталопрам (но не пароксетин) в сопоставимых терапевтических дозах при краткосрочном (6–8 нед) лечении пациентов с депрессией (S.Kasper и соавт., 2013). При этом сравнитель-

ный метаанализ 13 более долгосрочных исследований (6–12 нед, 4495 пациентов), проводимый G.Guaiana и соавт. (2013 г.), позволяет прийти к выводу, что агомелатин обладает сходной антидепрессивной эффективностью с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина, но превосходит другие препараты по такому показателю, как количество случаев досрочного прекращения терапии из-за нежелательных явлений.

D.Taylor и соавт. (2014 г.), проводя метаанализ 20 исследований эффективности агомелатина (7460 пациентов; 12 попарных

сравнений с плацебо; 13 сравнений с другими антидепрессантами; источники информации: 11 – в литературе, 4 – в документах Европейского агентства по лекарственным средствам, детали 5 исследований предоставлены компанией-производителем), демонстрирует, что препарат умеренно эффективней плацебо и обладает сходным с другими антидепрессантами эффектом.

На представленных примерах очевидно, что метаанализ может демонстрировать разные результаты: в зависимости от исходной информации агомелатин оказывается лучше, хуже и сопоставим с дру-

Продолжение на стр. 16

Вальдоксан®

Агомелатин

Первый MT_1/MT_2 агонист и 5-HT_{2C} антагонист

Улучшение сегодня,^{1,2}

выздоровление завтра³

12-я неделя

24-я неделя

Лечение большого депрессивного расстройства

Состав*: Вальдоксан 25 мг: одна таблетка содержит агомелатина 25 мг. В качестве вспомогательного вещества содержит лактозу. **Показание к применению***: Лечение большого депрессивного расстройства у взрослых. **Способ применения и дозы***: Внутрь. Рекомендуемая суточная доза – 25 мг однократно вечером. При отсутствии клинической динамики после двухнедельного лечения доза может быть увеличена до 50 мг однократно вечером. Рекомендуется контролировать функцию печени в начале терапии и затем периодически, через 3 недели, через 6 недель (окончание купированного периода терапии), 12 недель и 24 недели (окончание поддерживающего периода терапии) после начала терапии, и в дальнейшем в соответствии с клинической ситуацией (см. раздел «Особые указания»). При увеличении дозы следует контролировать функцию печени с той же частотой, что и в начале применения препарата. **Решение об увеличении дозы должно быть принято с учетом возрастающего риска повышения уровня трансаминаз. Любое повышение дозы до 50 мг должно быть сделано на основании оценки пользы и риска для конкретного пациента и при строгом контроле печеночных проб.** Лекарственная терапия депрессии должна проводиться, по крайней мере, в течение 6 месяцев. **Противопоказания***: Повышенная чувствительность к агомелатину или/или любому из вспомогательных веществ препарата. Печеночная недостаточность (например, цирроз или заболевания печени в активной фазе) или повышение уровня трансаминаз более чем в 3 раза относительно верхней границы нормы (см. разделы «Способ применения и дозы» и «Особые указания»). Одновременное применение мощных ингибиторов изофермента CYP1A2 (таких как флувоксамин, ципрофлоксацин) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия»), детский возраст до 18 лет. **Особые указания***: Сообщалось о случаях поражения печени, включая печеночную недостаточность (приведшие в исключительных случаях к летальному исходу или требовавшие трансплантации печени у пациентов с ранее имевшимися факторами риска поражения печени), повышение уровня печеночных ферментов более чем в 10 раз относительно верхней границы нормы, гепатит и желтуху у пациентов, принимавших Вальдоксан®. Рекомендуется контролировать функцию печени. При повышении активности трансаминаз в сыворотке крови следует провести повторное исследование в течение 48 часов. Если активность трансаминаз более чем в 3 раза превышает верхнюю границу нормы, прием препарата следует прекратить. В дальнейшем следует регулярно контролировать функциональное состояние печени до нормализации активности трансаминаз. При проявлении симптомов и признаков возможных нарушений функции печени прием Вальдоксана® следует немедленно прекратить. Следует соблюдать осторожность при назначении препарата Вальдоксан® пациентам с повышенной активностью трансаминаз до начала терапии (выше верхней границы нормы, но не более чем в 3 раза относительно верхней границы нормы). Следует соблюдать осторожность при назначении препарата Вальдоксан® пациентам с факторами риска развития нарушений функции печени, такими как склерозированная масса тканей/абсолютный жировой гепатоз, сахарный диабет, употребление алкоголя в значительных количествах или прием препаратов, способных вызывать нарушения функции печени. Пациенты пожилого возраста (в возрасте 75 лет и старше): Вальдоксан® не следует назначать пациентам этой возрастной группы. Пациенты пожилого возраста с деменцией: Не следует назначать Вальдоксан® для лечения большого депрессивного эпизода у пожилых пациентов с деменцией. Пациенты с почечной недостаточностью: следует соблюдать осторожность. Биоплярные расстройства/мания/гипомания: Следует соблюдать осторожность. При появлении симптомов мании следует прекратить прием препарата. Суицид/суицидальное поведение: В период лечения пациенты должны находиться под пристальным медицинским наблюдением. Совместное применение с ингибиторами изофермента CYP1A2: Следует соблюдать осторожность при одновременном применении агомелатина с умеренными ингибиторами изофермента CYP1A2. Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия*: Протиполоксанол: одновременное применение агомелатина и сильных ингибиторов изофермента CYP1A2. Не рекомендуется; алопатриин, умеренные ингибиторы CYP1A2. Беременность*: Следует соблюдать осторожность. Период кормления грудью*: Если пациент агомелатином необходимо, грудное вскармливание следует прекратить. **Внимание на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психомоторных реакций***: Исследований по изучению влияния препарата Вальдоксан® на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводилось. Следует помнить о том, что головноекружение и сонливость – частые побочные эффекты агомелатина. **Побочное действие***: Часто: головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, мигрень, тошнота, диарея, запор, боль в животе, рвота, повышение активности АЛТ и/или АСТ, полнота, боль в спине, утомляемость, тремор. **Нечасто**: парестезия, синдром «обезвоженный нос», шум в ушах, экзема, кожный зуд, крапивница, нечеткое зрение, анжидия и связанные с ними симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. **Редко**: головит, повышение активности γ-глутамилтрансферазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, эритроцитозная сыпь, отек лица и отеки конечностей, маниакальный эпизод, галлюцинации, увеличение массы тела, снижение массы тела. **Неуточненной частоты**: суицидальные мысли или суицидальное поведение. **Предостережение***: Данные о перекресточной агомелатиномограниченности. При приеме пациентом агомелатина в дозе 2450 мг состояние нормализовалось самостоятельно, без нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы или изменения лабораторных показателей. **Свойства***: Агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов MT₁ и MT₂ и антагонист серотонинергических рецепторов 5-HT_{2A} и 5-HT_{2C}. Агомелатин представляет собой антидепрессант, активный на моделях с десинхронизацией циркадных ритмов, а также в экспериментальных ситуациях тревоги и стресса. Агомелатин усиливает высвобождение дофамина и норадреналина, в особенности в области префронтальной коры головного мозга, и не влияет на концентрацию ацетилхолина в серотонине. **Форма выпуска***: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг. По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Al). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Упаковка для стационаров: По 10 таблеток в блистер (ПВХ/Al). По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Упаковка для стационаров: По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. По 10 таблеток в блистер (ПВХ/Al). По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. По 1, 2, блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Упаковка для стационаров: По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Al). По 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке. **Представительство АО «Лаборатории Сервье» (Франция)**, 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3. Тел. (495) 937-07-00, факс (495) 937-07-01. www.servier.ru * Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

1. Stahl SM, Fava M, Tisei M, Capato A, Shah A, Post A. Agomelatine in the treatment of major depressive disorder: An 8-week, multicenter, randomized, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry. 2010;71(6):618-626. 2. Martinotti G, Speddi G, Di Nicola M, et al. Agomelatine Versus Venlafaxine XR in the Treatment of Anhedonia in Major Depressive Disorder: A Pilot Study. J Clin Psychopharmacol. 2012;32(4):487-491. 3. Demyttenaer K, Cornil E, Naja A, Oquendo S, Van Praag R, Blangsted A, Kasper S. A pooled analysis of a month comparative efficacy and tolerability in four randomized clinical trials: agomelatine versus escitalopram, venlafaxine, and sertraline. CNS Spectr. 2013 [Epub ahead of print].

1 таблетка всегда вечером

Изменения концепций изучения депрессий	
Раньше	Сейчас
Противопоставление реактивной и эндогенной депрессии	Взаимодействие между генами, метаболизмом и внешними факторами
Возможные исходы: высокая доля ответа на терапию и полное выздоровление	Около 1/3 случаев хронификации с ухудшением прогноза с течением времени
Отсутствие информации о депрессии как о факторе риска соматических заболеваний	Коморбидность с соматометаболическими расстройствами (влекущая повышение смертности)
Генетическая трансмиссия	Эпигенетическое программирование
Отсутствие известной клеточной патологии	Доказательства наличия клеточной патологии
Дисбаланс нейротрансмиттеров	Нарушения циркадианных ритмов Дисрегуляция эндокринной системы
Ремиссия является главной целью терапии	Дискуссия о наилучшем определении ремиссии (ролевое функционирование) Индивидуализированный подход к терапии

Начало на стр. 15

гими антидепрессантами. Однако более многосторонний метаанализ позволяет прийти к заключению, что агомелатин сопоставим с другими антидепрессантами в плане эффективности, но обладает лучшей переносимостью.

При экстраполяции результатов метаанализов на реальную клиническую практику профессор К.Kahl (Госпиталь Ганновера, Германия) напоминает о необходимости учитывать меняющиеся со временем концептуальные подходы к оценке патогенеза, диагностике и терапии депрессий (см. таблицу).

При выборе терапии в настоящее время, по мнению К.Kahl, важно ориентироваться не только на метааналитические исследования, но и на данные о морфологическом, патофизиологическом

(повышение концентрации фактора роста эндотелия сосудов, снижение концентрации мозгового нейротрофического фактора, нарушение в различных метаболических системах: гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая, ренин-ангиотензин-альдостероновая, симпатикоадренергическая, иммунологическая, нейротрофическая, метаболизм щитовидной железы) и психологическом (ранний и предшествующий отрицательный опыт) субстрате депрессии.

Среди основных факторов, определяемых пациентами с депрессией в качестве ожидаемых мишеней терапии, К.Kahl выделяет (в ранговом порядке): восстановление позитивного/положительного эмоционального фона (например, оптимизм, бодрость, уверенность в себе); «свое обычное» самочувствие; возвра-

щение обычного уровня функционирования на работе, дома или в образовательном учреждении; ощущение эмоционального контроля; участие и получение удовольствия от взаимоотношений в семье и с друзьями; отсутствие симптомов депрессии. Учитывая приоритетное значение для больных положительных эмоций (а не отсутствие симптомов депрессии) и их уникальную способность являться специфическим предиктором ответа на терапию, автор выказывает недоумение фактом отсутствия вопросов, нацеленных на оценку выраженности/динамики положительных эмоций, в большинстве психометрических депрессивных шкал.

Проведя в Госпитале Ганновера натуралистическое 12-недельное наблюдательное исследование, К.Kahl приходит к выводу,

что пациент-центрированный подход, т.е. учитывание потребностей и приоритетов пациентов с депрессией, улучшает compliance и участие в планировании терапии. Ранняя оценка результатов терапии и более раннее принятие решения касательно дальнейшего лечения являются предпочтительными и повышают вероятность положительного результата. В качестве приоритетного автор рекомендует антидепрессант агомелатин – эффективный препарат с низким потенциалом взаимодействия с цитохромами, незначительным количеством кардиометаболических нежелательных эффектов и дополнительными преимуществами в виде хорошей переносимости, быстрого восстановления позитивных эмоций и ролевого функционирования. ■

Психиатрия и поэзия

Николай Алексеевич Некрасов: «В нашем мире, дитя, где любовь, там и слезы»*



О.Ф.Ершьев

На похоронах великого русского поэта Н.А. Некрасова во

время надгробной речи Ф.М. Достоевского кто-то крикнул из толпы, что Некрасов «выше Пушкина и Лермонтова», после чего разразилась полемика – долго решали, «кто выше». При всей некорректности такой постановки вопроса нужно сказать, что по изяществу и легкости стиха в русской литературе равных А.С. Пушкину и М.Ю. Лермонтову, конечно, нет. Н.А. Некрасов же велик глубоким проникновением в душу народа, сердечным сочувствием страждущим – наибольшие страдания в его время выпадали на долю крестьян-крепостных, особенно женщин. Его муза «мести и печали» часто одета в крестьянские одежды и всегда – на стороне обездоленных. В 1856 году Н.А. Некрасов написал строки, как и многие другие, ставшие крылатыми: «Поэтом можешь ты не

быть, но гражданином быть обязан» и «Сейте разумное, доброе, вечное». Всю свою творческую жизнь он следовал этим принципам, будучи и великим поэтом, и великим гражданином. Его стихи мы узнаем еще в раннем детстве, нам их читают, как и басни «дедушки Крылова» («Крестьянские дети», «Генерал Топтыгин», «Дед Мазай и зайцы» и др.), а взрослея, мы знакомимся с его лирикой и «гражданской лирой», восхищаясь иногда печальной, а иногда и мрачной, но всегда теплой и сердечной музой поэта.

А.Н. Некрасов славен не только своими революционными взглядами, но и неизмеримо важной общественной и журналистской деятельностью. Все же поэтическое творчество само по себе обеспечило ему место в первом ряду русских классиков,

хрестоматийных поэтов. Его стихи стали народными песнями, которые до сих пор знают поголовно все россияне, иногда не догадываясь, что созданы они на слова Некрасова. Не зря «Колыбельные» Некрасова перекладывал на музыку другой великий народный заступник – М.П. Мусоргский. Некрасовская стихотворная сатира не раз поднималась до уровня творений М.Е. Салтыкова-Щедрина. Это еще при жизни сделало Некрасова «кумиром» передовой молодежи и принесло титул «первого русского поэта» тогдашней России.

Скажем сразу, что Н.А. Некрасов не страдал выраженными психическими расстройствами, никогда не имел дело со специалистами, занимавшимися этой патологией. Однако у поэта был своеобразный характер, как бы

*См.: Ершьев О.Ф., Спринц А.М. Личность и болезнь в творчестве гениев. М.: ММА «МедиаМедика», 2014.

сейчас сказали – «расстройство личности», нередко создававший ему трудности в отношениях с близкими и друзьями, а иногда ставивший его на грань психического расстройства. Черты характера Некрасова, вероятно, больше, чем у кого-либо, повлияли, как мы это увидим, на особенности его творчества.

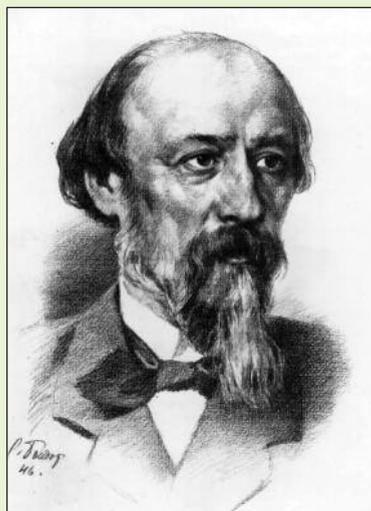
Николай Алексеевич Некрасов родился 22 ноября 1821 года в Винницком уезде Подольской губернии. Прадед и дед по отцу, а также и отец были картежниками – год за годом проигрывали состояние, так что к моменту рождения будущего поэта средств в семье осталось совсем немного. Отец, Алексей Сергеевич, служил в полку, и семья перемещалась с ним. Затем он вышел в отставку, поселился в своем поместье в Ярославской области и служил исправником. Был он «любителем женщин», жена его, мать Н.А. Некрасова, Александра Андреевна Закревская, родом из Варшавы, очень страдала от этого. Тем не менее в семье было 13 детей, некоторые из них, как это бывало в то время, умерли рано. С отцом у Некрасова теплых отношений не сложилось, хотя ранним знакомством с жизнью бедных людей, крестьян, Некрасов обязан ему – он брал сына в свои «экспедиции» по взиманию недоимок, разбору всевозможных неприятных дел. Но на всю жизнь Некрасов сохранил нежное отношение к матери, которую он справедливо считал страдальцей. И в значительной мере поэтому многие свои произведения он посвятил тяжелой женской доле. Мать очень любила сына и позднее, когда тот уехал в Петербург, иногда тайком от мужа посылала посильную помощь.

Некрасов рос общительным, живым ребенком, «озорником», устраивал разные розыгрыши преподавателей и одноклассников, рано начал сочинять смешные «вирши». Его образование ограничилось пятью классами Ярославской гимназии, откуда его забрали по болезни. Когда Николаю исполнилось 16 лет, отец отправил его в Петербург, в надежде, что там он «поступит в полк» и будет «потомственным» военным. Однако сын надежд отца не оправдал – предпочел гражданскую учебу, стал готовиться в университет. Экзаменов вступительных не сдал и поступил вольнослушателем на филологию, куда ходил более двух лет. Отец отказал ему в помощи, поэтому будущий поэт очень нуждался. Жил в каморках и подвальных, не каждый день обедал, иногда в ресторане делал вид, что читает газету, а сам ел хлеб. В конце концов «заболел от голода», видимо перенес легкую или среднюю степень дистрофии.

Зарабатывал Некрасов «грамотностью»: писал письма и прошения для неграмотных людей, потом вошел в круг петер-

бургской богемы и писал водевилы для бенефисов второстепенных артистов, ставились они в Александринском театре; переводил пьесы с французского, не зная этого языка, пользуясь знаниями и помощью приятелей. В общем, проявлял массу изобретательности и инициативы. Сказался сильный характер поэта – настойчивость и, видимо, несокрушимая вера в успех. В 19 лет Некрасов издал свой первый сборник стихов, о качестве которого можно судить по тому, что поэт, уже став известным, сам скупал его и сжигал. Некрасов познакомился со многими деятелями искусства. Как правило, это были начинающие и малоизвестные писатели, художники, журналисты.

Регулярно печататься он начал в журнале Ф.А. Кони, писал «репортажи» о спектаклях, игре актеров. Тут будущий великий поэт начал «выбираться из ямы». Его творческая и предпринимательская деятельность началась со знакомства с И.И. Панаевым, с которым они решили издавать свой журнал. В 1846 году было куплено издание журнала «Современник», основанного в свое время А.С. Пушкиным. В этом журнале начали печататься произведения в то время еще малоизвестных, а в дальнейшем знаменитых, и даже великих русских писателей: И.С. Тургенева, А.И. Гончарова, Л.Н. Толстого и др. Образовался «кружок» противников крепостного права, сто-



Н.А. Некрасов

ронников демократических реформ, а главное, людей, преданных большой литературе, создававших ее и прославляющих своими произведениями. Здесь присутствовали и критики-демократы: В.Г. Белинский, Н.Г. Чернышевский, Н.А. Добролюбов. «Современник» составил серьезную конкуренцию, а потом и превзошел своими успехами либеральный столичный журнал «Отечественные записки».

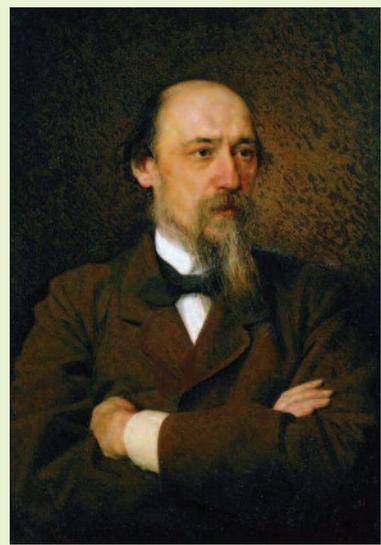
Организатором и душой этого предприятия был Н.А. Некрасов. Он проявил большие организаторские способности в журнальном деле. Современники

характеризуют поэта как человека серьезного и принципиального и вместе с тем доброжелательного. Некрасов всегда оказывал помощь молодым писателям и поэтам. Обладая безукоризненным литературным вкусом, он сразу оценивал качество «продукции» обращающихся к нему людей, которые вступали в литературу. Хорошо известен эпизод с рукописью Ф.М. Достоевского «Бедные люди». Прочитав ее, с криком: «Новый Гоголь явился!» Некрасов ворвался к Белинскому, а после того как тот прочитал рукопись и дал ей высочайшую оценку, Некрасов и Григорович пошли ночью поздравлять и величать Достоевского. Некрасов никогда не был равнодушен и завистлив по отношению к чужим успехам. Видя, что начинающий писатель бедствует, он выдавал ему аванс «для поправки дел». Настойчиво искал «непоседливых» (часто меняющих место жительства) авторов, чтобы выплатить гонорар. Так было с молодым Л.Н. Толстым, который в этом гонораре, видимо, не очень нуждался. Кроме того, Некрасов был активным членом Литературного фонда, созданного в середине XIX века и призванного оказывать финансовую помощь молодым и малоизвестным писателям.

Все же принципиальность и прямота Некрасова обусловили появление у него значительного числа врагов и завистников, которые сплетничали о его личной жизни, увлечении карточной игрой. Знали Некрасова люди по-разному описывают общение с ним. Все отмечают его непредвзятость, прямоту. Подчеркивается его непримиримость с людьми, ему несимпатичными по какой-либо причине. При этом поэт мог даже ничего не говорить, но «уничтожал человека своим змеиным взглядом».

Некрасов был человеком большого ума, многие считали его самым умным в редакции «Современника», а некоторые – самым умным среди всей литературной братии Петербурга. Поэт, подтверждая эти мнения, чрезвычайно успешно руководил изданием: улаживал финансовые дела, брал кредиты, расплачивался с авторами, организовывал распространение журнала. Естественно, молодых авторов привлекало не только это. Журнал имел явно демократическое направление, но, учитывая вкусы тогдашних читателей, в нем печатались и «увлекательные» произведения. Часть из них была написана самим Некрасовым.

Крепнущий поэтический голос Некрасова делал его самым знаменитым поэтом России того времени. Ему приходилось общаться со многими и чрезвычайно разными людьми: от Чернышевского и Тургенева до цензоров, председателей цензур-



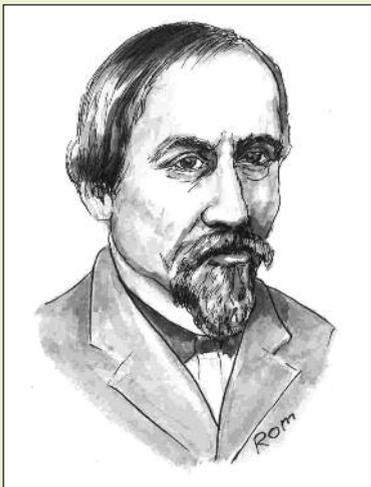
И.Н. Крамской. Портрет поэта Н.А. Некрасова (1877).

ных комитетов и министра внутренних дел. Со всеми Некрасов находил общий язык и у всех пользовался уважением. Были, конечно, как мы писали, и недоброжелатели, которые рождали легенды о его «нечистоплотности» и излишней любви к деньгам.

В воспоминаниях современники описывают характер Некрасова по-разному. Однако люди, настроенные против него, пытались создать сугубо отрицательный образ поэта, что было, конечно, абсолютной несправедливостью. У Н.А. Некрасова было две страсти – охота и карточная игра. Охота – развлечение многих знаменитостей того времени. К тому же Некрасов охотился часто в окрестностях своего имения в Ярославской губернии, куда уезжал на месяц-другой отдохнуть от редакторской суеты. Там поэт много времени уделял своему творчеству, писал стихи, общался с крестьянами, которые были героями многих его произведений. Играл он в карты «серьезно», был удачливым игроком. Игра была весьма крупной. Однажды в его кабинете после игры слуга обнаружил пакет денег с 10 тысячами рублями (в то время астрономическая сумма), и никто из участвующих в игре в тот вечер в утере денег не признался. Таковы были ставки, и трудно представить, сколько же денег было у каждого из игроков.

Успехи в игре породили слухи о шулерстве Некрасова, в чем, впрочем, он никогда не был уличен. Сам он считал игру одним из видов заработка. Так однажды Некрасов «заработал» деньги для поездки за границу на лечение. Проигрывал ли он? Конечно, и довольно крупные суммы, но чаще выигрывал. Он явился «участником» нескольких крупных скандалов, где его отрицательная роль не была доказана, и люди, расправленные к поэту, его оправдывали. А.И. Герцен обвинил его в при-

своении крупной суммы денег, которые Некрасов должен был передать ему от Тургенева. В Лондоне по этой причине Герцен не принял Некрасова, явившегося с визитом. Потом недоумение как-то разрешилось. Была история «с наследством Огарева», дальнего родственника гражданской жены Некрасова – А.Я. Панаевой, когда Некрасов взял на себя ответственность за некоторые, с точки зрения современников, ее неблагоприятные поступки. Упрекали его и в использовании редакционных денег. Он не скрывал, что брал их, при первой возможности старался возместить взятое, нередко в ущерб себе. Ставили ему в вину и барские замашки. Во второй половине жизни Не-



Н.А. Некрасов

красов был богатым человеком и не скрывал этого. Выезжал на паре красивых, «гладких лошадей», в дорогой коляске. Мог по дороге остановиться, посадить к себе молодого журналиста и как ни в чем не бывало вести с ним разговоры о журнале, в то время как бедный журналист сидел как на углях, стесняясь ехать «с таким баринном».

Зачем мы об этом пишем? Впервые, вероятно, в этих историях была какая-то доля правды. Во-вторых, это свидетельствует о своеобразии характера Н.А. Некрасова, более известного нам как певец «горестей народных». Перед нами как бы два Некрасова: один – великий поэт и гражданин, другой – игрок, не чуждый авантюрам. Такая противоположность черт поведения и, если хотите, морали бывает у людей с врожденными колебаниями настроения – то приподнятого, то подавленного. Такое явление мы видим у многих гениальных людей и часто – независимо от их психиатрического диагноза. Кроме того, в критические моменты Некрасов демонстрировал так называемое *кататимное мышление*, то есть умозаключения его часто и в значительной мере были связаны с эмоциями, настроением. Это ярко видно в одном разговоре с Н.Г. Чернышев-

ским, которого Некрасов высоко ценил, но отношения с ним были непростыми.

Н.А. Добролюбов и Н.Г. Чернышевский, оба сотрудника «Современника», были людьми прямыми, принципиальными, бескомпромиссными, в общем «людьми без недостатков», не любившими «барства», и Некрасову было с ними не всегда легко. У Некрасова в кабинете на каминной доске стояла литая фигурка кабана. Чернышевский к ней приглядывался и однажды сказал: «А хороший кабан». И вот что дальше пишет Чернышевский: «Некрасов, которого редко видывал я взволнованным и почти никогда не видывал теряющим терпение, произнес задыхающимся голосом: “Ни от кого не стал бы я выносить таких оскорблений”. Я... спросил его, что же обидного ему сказал я? – Он, уже снова овладев собой, терпеливо и мягко объяснил мне, что я множество раз колотил ему глаза замечаниями, что кабан хорош, и рассуждениями, что такие вещи стоят дорого; а так как эти мои соображения были вставками в разговоры о денежных делах между нами и неудовлетворительном положении кассы “Современника”, то получается из них ясный смысл, что он тратит на свои приходы слишком много денег, отнимая их у “Современника”, то есть, главным образом, у меня».

Обратите внимание, как в голове Некрасова быстро составила последовательность мыслей о желании обидеть, оскорбить его в отношении человека, который вовсе этого не хотел, но с которым он не чувствовал себя спокойно, раскованно. Общение с Чернышевским, видимо, всегда вызывало у Некрасова некоторое напряжение, хотя их рабочие, да и личные отношения можно назвать безупречными. Некрасов очень уважал и ценил Чернышевского и всегда старался помогать ему как мог, и Чернышевский, хотя и допускал некоторую ироничность в отношениях, как мы увидим позже, полностью отвечал ему взаимностью. Вообще Некрасов очень тепло относился к революционным демократам – В.Г. Белинскому, Н.А. Добролюбову.

Читатель спросит, вернувшись к названию главы: «А причем же здесь слезы?» «Слезы» – это как раз то, из-за чего мы и предприняли попытку разобраться в страстях Н.А. Некрасова и оценить в них роль психических нарушений. Большинство произведений Некрасова пестрит словами «тоска», «тревога», «горе», «смерть», «сумрак гроба», «скорбь» и т.д. Конечно, и в лирике других поэтов мы встречаем такие слова, но обычно значительно реже. Мы говорим здесь о начальном этапе творчества и времени расцвета его поэтического таланта, не касаясь пока последнего периода его жизни,

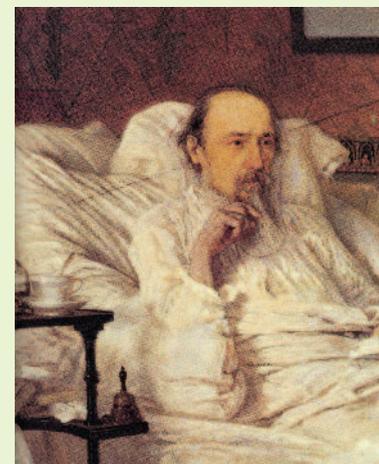
омраченного мучительной смертельной болезнью. С детства, наглядываясь на ужасы крепостного права, на жестокость и паразитизм одних, покорность и страдания других, поэт с самого начала своего творчества был на стороне «униженных и оскорбленных» и стоял на такой позиции всю жизнь.

Некрасов словно испытывает стыд перед крестьянами за крепостников. В двадцатилетнем возрасте пишет, что Родина для него – место, где он, «ненавидя постыдно притая, бывал помещиком». Здесь мы слышим упреки самому себе, что бывает свойственно людям даже с легкой депрессией. Эти «укоры совести» часто беспочвенны или преувеличены. Ведь за Некрасовым в отношениях с крепостными не водилось поступков, порочащих его дворянскую честь. По отношению к слугам он был чрезвычайно терпим, многое им прощал, даже такие вещи, как пьянство и воровство. Таким образом, идеи самообвинения «в крепостничестве» мы можем соотносить с депрессивными переживаниями. Действительно, судя по творчеству Некрасова, эпистолярному наследию, воспоминаниям современников, ему были свойственны часто беспричинные колебания настроения. Первую документально подтвержденную депрессию он перенес в 19 лет. Он писал старшей сестре из Петербурга: «Вчера целый день мне было скучно... Какая-то безотчетная грусть мучила меня. Я сам не понимал, что со мною делалось. Все занятия мои мне опротивели, все предположения показались мне жалкими. Я не мог ни за что приняться и со злостью изорвал начало одной срочной статьи. Мне было не до того... я чуть не плакал... Я думал тогда, отчего такая пустота у меня в душе? Отчего меня не всегда и не так сильно радует то, что радует и делает счастливыми других...»

Здесь мы сталкиваемся с такими проявлениями депрессии, как *ангедония* (отсутствие способности радоваться, получать удовольствие от чего-либо), *атакия* (безразличие к окружающему), элементами депрессивной *деперсонализации* («потеря чувств»). Не очень характерными для такой депрессии являются раздражительность, «злоба», но эти признаки все же не играют решающей роли в психическом состоянии таких пациентов и не противоречат оценке состояния как депрессии.

Многие длительные депрессии Некрасова были связаны с неприятными и тяжелыми жизненными моментами: смерть ребенка, затянувшаяся «горловая болезнь», которую значительное время считали неизлечимой и даже смертельной; неприятности в редакции «Современника», а затем «Отече-

ственных записок», часто связанные с придирками цензуры, и, наконец, мучительная смертельная болезнь в конце жизни. Но все же, как правило, это были неприятности, связанные с изданием журналов: цензурные рогатки, договоры с авторами, часто не выполнявшими своих обязательств, финансовые расчеты. Обычно он шел навстречу писателям и журналистам, давал в долг, когда были деньги. Однако был такой случай. Один из авторов, студент И.А. Пиотровский, запутался в долгах и не-



Н.А. Некрасов

однократно брал деньги у Некрасова, но в конце концов ему грозила долговая тюрьма. Он опять обратился к Некрасову, говоря, что в случае отказа ему остается только покончить с собой. Сумма, которую просил Пиотровский, была невелика – несколько сот рублей. Но в кассе журнала были гроши, и Некрасов, раздраженный частыми обращениями этого автора за деньгами, резко отказал, написав нравоучительное письмо. Однако, все же сочувствуя неудачнику, на следующий день повез ему деньги домой. Там ему сказали, что проситель вчера застрелился. Некрасов долго и тяжело переживал этот случай, он не мог представить, что человек способен покончить с собой «из-за трехсот рублей». Затем постепенно наступило состояние аффективного равновесия.

Во время некоторых состояний подавленности поэт сохранял достаточную творческую активность. Вот как, например, описывает обстоятельства создания знаменитого стихотворения «Размышления у парадного подъезда» гражданская жена поэта А.Я. Панаева: «Стихотворение... было написано Некрасовым, когда он находился в хандре. Он лежал тогда целый день на диване, почти ничего не ел и никого не принимал к себе... Я встала рано и, подойдя к окну, поинтересовалась крестьянами, сидевшими на ступеньках лестницы парадного подъезда в доме, где жил министр государственных имуществ».

Была глубокая осень, утро было холодное и дождливое. По всем

вероятиям, крестьяне желали подать какое-нибудь прошение и спозаранку явились к дому. Швейцар, выметая лестницу, прогнал их; они укрылись за выступом подъезда и переминались с ноги на ногу, прижавшись у стены и промокая на дожде.

Я подошла к Некрасову и рассказала о виденной мною сцене. Он подошел к окну в тот момент, когда дворники дома и городской гнали крестьян прочь, толкая их в спину. Некрасов сжал губы и нервно пощипывал усы; потом быстро отошел от окна и улегся опять на диване. Через два часа он прочел мне стихотворение «У парадного подъезда».

Вот так, несмотря на «хандру», Некрасов сохранял творческую продуктивность и создал обличительное произведение, полное сочувствия к обездоленным людям.

О наличии у поэта выраженных аффективных колебаний говорит и другой эпизод, описанный А.Я. Панаевой. Здесь речь идет о состоянии повышенного настроения – радости и приподнятости, возникших у поэта в период приобретения журнала «Современник»:

«Некрасов, весь сияющий, сказал Панаеву:

– Деньги не пропадут, только надо энергически взяться за дело.

...Он упросил Панаева никому из своих приятелей не писать об их планах... Перебирали разные журналы, которые находились в летаргическом сне, но ни один не оказывался подходящим. Уже стали прощаться, чтобы идти спать, как вдруг Панаев воскликнул:

– Нашел! «Современник»!

Некрасов радостно воскликнул:

– Чего же лучше! Как это сразу не пришел нам в голову «Современник»? – И снова затянулся разговор... Все так были возбуждены, что забыли о сне... Толстые (хозяева дачи, на которой происходило событие. – Авт.) вставали рано и нашли, что не стоит ложиться спать на каких-нибудь два часа, и потребовали чаю, так что солнце совсем взошло, когда мы стали расходиться. Некрасов, выйдя на террасу, сказал:

– Посмотрите, господа, как великолепно сегодня сияет солнце! После трех дней пасмурной погоды оно предсказывает успех нашему журналу.

Некрасов решил ехать скорее в Петербург, чтобы переговорить с Белинским и начать хлопоты по журналу. Толстые шутили над ним, уговаривая его остаться еще недельки на две, так как в конце августа самая лучшая охота.

– До охоты ли мне теперь! – отвечал Некрасов, не поняв шутки. – Не знаю, как дожидаться того дня, как увижу первый номер «Современника»».

Известно, что решение о покупке «Современника» Некрасов принял в Петербурге, так следует из его письма, тем не менее, где бы это ни произошло, суть дела – в радостной ситуации, подъеме настроения у Некрасова, заражавшего всех энтузиазмом.

Все же многие произведения поэта носят отпечаток состояний подавленности. Это особенно заметно в его лирике и письмах к друзьям.

Мы сознательно не приводим здесь известных хрестоматийных стихов Некрасова, где такая тенденция тоже прослеживается, а берем лишь те, которые наиболее ярко показывают влияние настроения автора на его творчество. Вот примеры лирических стихов, написанных в разное время:



Могилы Н.А.Некрасова.

Поражена потерей невозвратной,

Душа моя уныла и слаба:

Ни горести, ни веры благодатной –

Постыдное бессилие раба.

Ей все равно – холодный сумрак гроба,

Позор ли, слава, ненависть, любовь, –

Погасла и спасительная злорада,
Что долго так разогрела кровь.

Отрывок свидетельствует о мрачном, депрессивном настроении автора, носящем оттенок раздражительности, даже озлобленности (*дисфории*). При углублении депрессии злорада исчезает, возникает субъективное ощущение «бесчувствия», более тягостного для человека, чем состояние даже крайнего раздражения. А вот строки с укорами самому себе и мрачным взглядом в будущее:

Полно роль-то играть сумасшедшего,

В сердце искру надежды беречь!

Не стяхнуть рокового прошедшего

Мне с моих невыносимых плеч!
Придавила меня бедность грозная,

Запугал меня с детства отец,
Бесталанная долюшка слезная
Извела, доконала в концец!

Знаю я: сожаленье постыдное,
Что как червь копошится в груди,

Да сознание бессилия обидное
Мне осталось одно впереди...

Или:

Но не льщусь, чтоб в памяти народной

Уцелело что-нибудь из них (стихов поэта. – Авт.).

Нет в тебе поэзии свободной,
Мой суровый, неуклюжий стих!

Часты в лирике мотивы самоубийства, непременные спутники депрессии:

И некому и нечем помянуть!

Настанет утро – солнышко осветит

Бездушный труп; все будет решено!

И в целом мире сердце лишь одно –

И то едва ли – смерть мою заметит...

А вот довольно полное описание депрессии (поэту 33 года):

Я сегодня так грустно настроен,

Так устал от мучительных дум,

Так глубоко, глубоко спокоен

Мой истерзанный пыткой ум,
–

Что недуг, мое сердце гнетущий,

Как-то горько меня веселит –

Встречу смерти, грозящей, идущей,
Сам пошел бы...

... А недуг, сокрушающий силы,

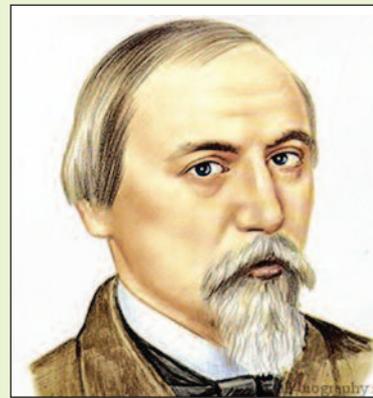
Будет так же и завтра томить

И о близости темной могилы
Так же внятно душе говорить...

Все это четко отражает переживания автора, а сколько у него стихов и поэм с трагическими сюжетами!

Тема депрессии постоянно звучит и в письмах Некрасова. Во многих из них поэт касается своего психического («нервного») состояния. Вот что он пишет И.С. Тургеневу, дружба с которым продолжалась всю первую половину его творческой жизни, в период работы в «Современнике»: «Я подумываю про себя: погубил я свою молодость, и поглядываю на потолочные крючки» (май 1856 года); «Всю дорогу на душе у меня было то, чем счала собака, теперь тоже нехорошо, надо работать, а руки опускаются, точит меня червь, точит. В день двадцать раз приходит на ум пистолет, и тотчас делается при этой мысли легко. Я сообщаю тебе об этом потому, что это факт, а не потому, чтоб я имел намерение это сделать – на-

деюсь, никогда этого не сделаю. Но не хорошо, когда человеку с отрядной точки зрения поминутно представляется это орудие. Правда, оно все примирит и разрешит, да не хочу я этого разрешения» (июнь 1857 года); «О себе говорить не хочется, скажу только, что спокойствие душевное у меня одинаково ненадежно; в сущности, мне было, есть и будет кисло, я не слишком нравлюсь самому себе, а при постоянстве этого чувства хорошо не живется» (март 1858 года).



Н.А.Некрасов

Позднее у Некрасова сложились очень добрые и доверительные отношения с Добролюбовым. Используя свой опыт «борьбы» с депрессией, Некрасов выступает в роли «стихийного психотерапевта» и пишет захандрившему за границей Добролюбову: «Я это испытал, и до готовности плакать у меня доходило, и от героических поступков был на шаг, или, лучше сказать, глупостей, и то задумывалось, что завтра предстоит в голову или слезы начнут подступать – надо сейчас успокоиться физически – лечь и полежать полчаса неподвижно, потом поесть, а если уж совсем не хочется, то книгу взять, впрочем есть можно иногда и насильно начинать. И помнить, что все на свете, начиная с жизни, не так серьезно, как кажется, что люди большею частью, да и мы сами, легкомысленны, что все перемалывается и что на все должно смотреть с нескольких сторон, а только не всегда смотрится, оттого и человек уходит в мрак и сплывается». Вот такой рецепт. Чувствуется, что автору письма приходилось неоднократно переживать подобные ситуации – и отвращение к жизни, и навязчивые мысли о самоубийстве. И тут же Некрасов добавляет: «Старый я дурак, возмечтал о каком-то сердечном обновлении. И точно, четыре дня у меня малиновки пели на душе. Право! Как было хорошо. Тот-то бы так осталось – да не осталось».

Продолжение на стр. 20

Да, недолгими были состояния приподнятого настроения у поэта. Вот он и говорил после самоубийства Пиотровского, о котором мы писали: «Ну могло ли мне прийти в голову, что из-за трехсот рублей человек мог застрелиться? Я охотно дал бы десять тысяч, чтобы избежать... мучительного состояния, в котором теперь нахожусь». В ноябре 1869 года он пишет А.Н. Островскому: «Я чувствую смертную хандру, которую стараюсь задуть всякими глупостями. Кажется мне, что скоро умру, однако не это причина уныния, а черт знает что!» Это, конечно, небольшие отрывки из многочисленных деловых и лирических писем Некрасова, но как ярко они характеризуют психическое состояние поэта в определенные периоды. При этом необходимо еще раз подчеркнуть, что все состояния, о которых мы упоминаем, за исключением случая самоубийства Пиотровского, возникали без серьезных психологических причин.

Основная тема произведений Некрасова – страдания народа – тоже не вселяла оптимизма. Произошедшая в 1861 году крестьянская реформа оказалась в значительной мере обманом. Крестьян освободили, но оставили без земли. И Некрасов переживал этот обман, как личное несчастье. Вообще судьба не очень баловала поэта. Удачливым и счастливым Некрасова считали только мало знавшие его люди. В тридцатилетнем возрасте он заболел «горловой болезнью». Тогдашние медицинские светила, среди которых были Н.И. Пирогов и Ф.И. Иноземцев, считали болезнь неизлечимой. Однако мрачный прогноз не оправдался. Однажды Некрасов был осмотрен молодым выпускником Медико-хирургической академии, который распознал хроническую инфекцию. Диагноз подтвердили опытные врачи, изменили лечение, и больной стал поправляться. Тем не менее это обстоятельство омрачало жизнь поэта более двух лет.

Приведенные здесь сведения достаточно убедительно показывают «единство» творчества и личности Некрасова, в которой преобладают выраженные, преимущественно депрессивные, аффективные расстройства.

Эмоциональная неустойчивость и склонность принимать быстрые решения иногда толкали Некрасова на предсудительные, с точки зрения его окружения, поступки, которые он вроде бы совершал «во благо идеи», но потом за них стыдился, мучительно раскаивался. Так было в 1866 году, когда после покушения Каракозова на царя Александра II усилились гонения на проявления свободомыслия, и первыми «жертвами»

должны были стать тогдашние передовые журналы, а среди них – «Современник» (напомним, что, несмотря на усилия Некрасова, журнал был через некоторое время все-таки закрыт). Некрасов, будучи членом Английского клуба, в который была вхожа только петербургская элита, люди реакционного толка, во всяком случае не демократы, часто ездил туда по вечерам играть в карты. И вот, чтобы спасти «Современник», Некрасов решает продемонстрировать «верноподданнические чувства». Дважды он выступает в Английском клубе со стихами «Осипу Ивановичу Комиссарову» (согласно официальной версии, Комиссаров, мастеровой из Костромы, «спас» царя, толкнув стрелявшего Каракозова), а также со стихотворным приветствием М.Н. Муравьеву, возглавившему следственную комиссию по каракозовскому делу (Муравьев за свою жестокость и реакционность был прозван «Вешателем»). Попытка Некрасова спасти «Современник» оказалась тщетной, а поэт глубоко раскаивался в поступке, за который его многие упрекали.

Самые трудные испытания выпали на долю поэта в последние два с половиной года жизни. Это была неизлечимая тогда болезнь – рак кишечника, постепенно лишившая его возможности передвигаться и вызывавшая невыносимые боли. Вот что он пишет брату спустя год после начала болезни: «Мне очень плохо; главное: не имею минуты покоя и не могу спать – такие ужасные боли в спине и ниже уже третий месяц... что далее будет со мною, не знаю, – состояние мое крайне мучительное – лучше не становится». В то время он живет в своем имении, Чудовской Луке, откуда еженедельно ездит на консультации к профессору С.П. Боткину. Потом Некрасов едет в Крым, где также находится под наблюдением Боткина, откуда пишет сестре: «Ноги плохи, сон дурен, но все же я покрепче; кабы не проклятые боли – пропасть бы написал, да и жились бы сносно».

После возвращения Некрасова в Петербург вызванный из Вены знаменитый хирург Бильрот производит ему операцию, на короткое время облегчающую состояние поэта. Все это время Некрасов продолжает писать. Его творчество в этот период свидетельствует о том, что помимо физических страданий у поэта имеется ясное представление о тяжести и безнадежности своего состояния. Это не может не отражаться в стихах, которые, однако, остаются безупречно мастерскими по форме и глубокими по содержанию. Несмотря на тяжкие страдания, поэт находит в себе силы полутью обратиться за помощью к народу:

*Я взываю к русскому народу:
Коли можешь, выручай!
Ожени меня в живую воду
Или мертвой в меру дай.*

У него хватает еще сил сочувствовать матерям, отправившим сыновей на войну:

*Прежде – праздник деревенский,
Ныне осень голодная;
Нет конца печали женской,
Не до пива и вина.
С воскресенья почтой бредит
Православный наш народ.
По субботам в город едет,
Ходит, просит, узнает:
Кто убит, кто ранен летом,
Кто пропал, кого нашли?
По каким по лазаретам
Уцелевших развели?*

И продолжением одной из главных тем поэта в это особенно мрачное для него время является короткий гимн матери:

*Великое чувство!
У каждых дверей,
В какой стороне ни заедем,
Мы слышим, как дети зовут матерей
Далеких, но рвущихся к детям.*

*Великое чувство!
Его до конца
Мы живо в душе сохраняем,
Мы любим сестру, и жену, и отца,
Но в муках мы мать вспоминаем.*

Однако, несмотря на тяжкие переживания, поэт не теряет веры в будущее:

*Устал я, устал я... мне время уснуть!
О Русь! Ты несчастна, я знаю;
Но все ж, озирая мой пройденный путь,
Я к лучшему шаг замечаю.*

Вспомним последнее стихотворение Некрасова:

*О Муза! Я у двери гроба!
Пусть я много виноват,
Пусть увеличит во сто крат
Мои вины людская злоба –*

*Не плачь! Завиден жребий наш,
Не надругаются над нами:
Меж мной и честными сердцами
Порваться долго ты не дашь
Живому кровному союзу!
Не русский – взглянет без любви
На эту бледную, в крови,
Кнутом иссеченную Музу...*

Такими словами завершил Некрасов свой жизненный и творческий путь. Да, он был гражданином, охотником, игроком, барнином, но главное, что он сделал, – оставил нам стихи, в которых сохранил на всю жизнь верность своей Музе, «сестру» которой он в молодости увидел на Сенной площади, избиваемую кнутом. Обратим внимание, как переключается его стихотворение 1848 года «Вчерашний день, часу в шестом...» с



Адотья Панаева

этим последним стихотворением. Он действительно «лиру посвятил народу своему», и подвиг его был оценен еще при жизни, несмотря на мрачные прогнозы поэта.

Н.Г. Чернышевский, человек далеко не сентиментальный, но объективный и принципиальный, писал из вилюйской ссылки одному из сотрудников «Отечественных записок»: «Если, когда ты получишь мое письмо, Некрасов еще будет продолжать дышать, скажи ему, что я горячо любил его как человека... что я целую его, что я убежден: его слава будет бессмертна, что вечна любовь России к нему, гениальнейшему и благороднейшему из всех русских поэтов». Эти слова были переданы Некрасову незадолго до его смерти.

Что же можно сказать о характере и творчестве Некрасова? Он, без сомнения, страдал расстройством личности с выраженными аффективными колебаниями (циклотимией), которые проявлялись преимущественно в снижении настроения с раздражительностью (дисфориями). Безусловно, эти расстройства повлияли на характер творчества Некрасова, сформировав его как гениального певца «гнева и печали».

Умер Н.А. Некрасов 27 декабря 1877 года (по нынешнему стилю 8 января 1878 года) в Санкт-Петербурге. Гроб несли на руках от Литейного проспекта до Новодевичьего монастыря. На похоронах присутствовали около четырех тысяч человек. Среди выступивших над могилой были Ф.М. Достоевский и Г.В. Плеханов.

Могилы многих представителей русской культуры были разрушены в советское время на разных петербургских кладбищах, а надгробные памятники перенесены на кладбище-музей: Тихвинское кладбище Александрово-Невской лавры и «Литераторские мостки» Волковского кладбища. Но могила Н.А. Некрасова сохранилась на прежнем месте – сразу у входа на кладбище Новодевичьего монастыря. ■

Не дай мне Бог сойти с ума... Слова великого русского поэта сегодня очень актуальны

Более 30 лет Московскую областную психиатрическую больницу №8 возглавляет заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук Григорий Шурыгин. Благодаря его руководству ПБ №8 вошла в десятку лучших региональных больниц. Григорий Иванович высказал свое мнение о реформировании психиатрической службы здравоохранения Московской области, отвечая на наши вопросы.

У нас – особенные пациенты

– В стране идет оптимизация действующей модели здравоохранения. Серьезное укрупнение лечебных учреждений произошло, например, в столице. Как вы относитесь к таким реорганизационным шагам? На ваш взгляд, должна ли психиатрическая служба пойти по этому пути?

– Реформы – это изменение стереотипа работы и личностных представлений медиков, а для врача-психиатра – еще и испытание верности своей профессии.

Что касается Москвы – это мегаполис, и хотя Подмосковье находится совсем рядом, оценивать, к чему приведет объединение больниц, наверное, лучше все-таки жителям и медицинским работникам столицы.

В Московской области тоже проводится реорганизация – это также укрупнение больниц, открытие дневных стационаров, ФАПов. Как известно, определены эти действия благой целью – повысить эффективность работы здравоохранения. Подобные шаги предпринимаются и в областной психиатрии – перепрофилирование больниц, объединение малокосечных, стандартизация и др. Однако проводится это в непростых условиях, когда социально значимые службы здравоохранения Подмосковья, к которым относится и психиатрия, участвуют в пилотном проекте Московской области по переводу из бюджетного финансирования в систему обязательного медицинского страхования.

Более того, в конце года встанет вопрос: рекомендовать или нет такую модель для внедрения в масштабах всей страны. Это исключительно важно, поскольку речь идет о самой социально незащищенной категории населения – душевнобольных, которые не в состоянии оценивать ход этих реформ и изменений в доступности и качестве помощи. Поэтому вся ответственность в нашем тандеме врач – больной ложится на нас, врачей-психиат-

ров. В этом коренное отличие психиатрии от всех остальных медицинских специальностей.

И поэтому сейчас для нас остро необходимо восстановление организационно-методического отдела во главе с главным психиатром Минздрава Московской области для руководства текущими реформами.

– Как известно, пилотный проект по переводу финансирования психиатрической помощи в систему ОМС осуществляется в трех регионах России, в том числе и в Подмосковье. Каковы его результаты?

– О деятельности психиатрической службы других регионов в системе ОМС пишут мало. Что касается областной психиатрической больницы №8, то вы сами слышали ответы на этот вопрос врачей-психиатров: ухудшилась организация помощи душевнобольным.

Кроме того, требования страховых компаний противоречат Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Практика работы – предоставление медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт) является нарушением этого закона и Конституции РФ, в частности, положения о врачебной тайне. Уточню, что каждый проверяющий по Закону о психиатрической помощи не наделен правом допуска к врачебной тайне душевнобольного.

Или другой факт, когда проверяющие медицинские страховые компании требуют выполнения ненужного объема формализованных записей в истории болезни, например, ежедневных дневниковых записей у пациентов с хроническими психическими расстройствами (а таких большинство) или у лиц, находящихся на длительном принудительном лечении, при которых психический статус в течение ряда недель остается без существенных изменений. Подчеркну, что написание психиатрической истории по аналогии с соматической – принципиально неправильный подход.

В отличие от других медицинских специальностей (кардиология, неврология и т.п.) психиатр лечит болезнь мозга, которая проявляется страданиями личности, и поэтому биопсихосоциальная модель оказания помощи душевнобольным является самой адекватной. Тогда как нормативные документы, на которые опирается ТФОМС Московской области, искусственно разделяют реабилитацию больного на меди-

цинскую и социальную, этим самым ограничивая объем и качество лечебно-реабилитационной помощи.

Кроме того, за полгода работы в ОМС нагрузка врачей-психиатров резко возросла за счет заполнения форм отчетности по ОМС. В результате гораздо меньше времени уделяется больным и их лечению. И этого избежать невозможно, поскольку все диктуется стандартами, а они несовершенны и в психиатрии не приживаются.



Главный врач психиатрической больницы №8 Григорий Шурыгин.

Штрафовать легко...

– Но клинические протоколы и стандарты лечения разработаны ведущими НИИ...

– Стандарты как понятие – многозначны. Безусловно, оправданы стандарты, гарантирующие высокое качество продукта, например ГОСТы. Но особенность клинической психиатрии такова, что стандартизация диагностики и лечебно-реабилитационной тактики может быть осуществлена только за счет значительного снижения качества индивидуальной психиатрической помощи.

Она оправдана только там, где это снижение безвредно и допустимо (например, в системе статистической отчетности МКБ-10 ВОЗ или на уровне синдромологической диагностики), но даже и на этом уровне необходима высокая клиническая подготовка психиатра (в академическом глоссарии синдромов свыше 140 психопатологических синдромов), а лечебно-восстановительная тактика требует нозологического уровня диагноза, которые совершенно не поддаются стандартизации.

Кроме того, проверяющие от ОМС, диктующие врачам стандарты лечения душевнобольных, – это врачи других специальностей, а следовательно, совершенно некомпетентные в клинической психиатрии, но хорошо подготовленные в финансово-экономической стороне вопроса.

Поэтому они с легкостью штрафуют врачей за якобы недостаточное лечение.

И еще врачи-психиатры всегда стремились восстановить здоровье своих пациентов в целом – не только психическое, но и соматическое, которое у них часто страдает. А система ОМС теперь не позволяет этого делать, ибо оплачивает, в соответствии со стандартами, лечение только психиатрического заболевания.

Также вне тарифов оказались расходные материалы для проведения исследований на наличие в биосредах наркотиков, хотя наше учреждение не один десяток лет проводит медицинское освидетельствование лиц на предмет опьянения, тем самым участвует в выполнении принятых государственных законов и программ. С одной стороны, сократить объемы этих исследований мы не можем, а с другой – это негативно отражается на финансировании основного лечебного процесса, и мы вынуждены думать не о развитии службы, а о ее существовании в этих условиях.

В подобной ситуации оказалась и судебно-психиатрическая экспертиза, которая работает в нашей больнице более 10 лет.

Она требует высокой квалификации и значительного рабочего времени для изучения юридической и клинической документации и тщательных психиатрических исследований пациентов. Но тариф этой работы резко занижен за счет ее стандартного отождествления с амбулаторно-поликлиническим посещением. К этому добавляется необходимость участия судебно-психиатрических экспертов в долговременных судебных заседаниях. Все это нам не оплачивается, переносится в так называемые косвенные, то есть не интересующие ОМС расходы.

Возьмем еще пример работы с детьми – дневной стационар для взрослых и для детей по тарифам ОМС, а значит, и по оплате одинаковы. Но психически больные дети требуют значительно больше времени, не говоря уже о клинической квалификации врача-психиатра.

К вопросу особенностей работы в системе ОМС амбулаторной психиатрической службы. Понятия врачебное «посещение» (однократное обращение) и «обращение» (два и более раз), безусловно, отличаются от случаев соматической практики, поскольку работа психиатров не случайно сопряжена с вредными условиями труда. Из практики мы знаем, что каждое, пусть даже однократное посещение пациента с психическими расстройствами в состоянии обострения, впервые или повторно по поводу заболевания – это не простое посещение, а часовая трудоемкая работа врача-психиатра по организации порядка госпитализации, лечения

Продолжение на стр. 22

и наблюдения в соответствии с установленным законодательством. А установленный размер оплаты «посещения» и «обращения» в системе ОМС заметно различается, что вынуждает психиатра выработать формальные подходы в работе с пациентом. В отношении нашей профессии это вызывает полное отторжение как у врача, так и у населения.

Приведенные мною примеры наводят на мысль, что все разработанное в соматической сети за годы ее работы в системе ОМС ни имеет ничего общего с психиатрией ни в подходах, ни в расчетах затрат. Участие в пилотном проекте продолжается. Но хотелось бы, чтобы полученные предварительные результаты услышало наше ведомство.

На основании полученного опыта полагаю, что включение психиатрической помощи в систему ОМС негативно отразится на ее качестве, уровне финансирования психиатрических ЛПУ и подорвет доверие наших пациентов, которых мы не сможем защитить и гарантировать им полноценную помощь в соответствии с Конституцией РФ.

Осуществлять финансовый менеджмент в этих условиях становится практически невозможно, поскольку интересы частных страховых компаний и государственных ЛПУ всегда противоречили и будут противоречить друг другу. Так, например, по итогам первого полугодия участия в пилотном проекте только наша больница недосчиталась более 5 млн руб., хотя было обещано, что при вступлении психиатрической службы в систему ОМС будет оставлен прежний объем финансирования.

Не забывать о трудотерапии

– В советское время широко применялась трудотерапия. Она позволяла больным не «уходить в свою болезнь» и, что очень важно, получать вознаграждение за труд. А сегодня в вашей больнице работают мастерские?

– Работает швейный цех, поскольку нам удалось найти для него заказ. А вот мебельный цех простаивает – нет материалов. Естественно, тарифами ОМС не предусмотрена деятельность мастерских, в том числе покупка расходных материалов (не страховой случай). Тем не менее деятельность ЛТМ регламентирована Порядком оказания психиатрической помощи и является существенным подспорьем к пенсиям наших инвалидов (до 3–5 тыс. руб. в месяц). Недостаток заказов и невозможность участия лечебно-трудовых мастерских больницы в торгах в соответствии «О закупках товаров и услуг...» нередко приводит к тому, что цеха пустеют. Исчезли надомные виды труда. Это становится острой проблемой в ситуации,

когда число психически больных инвалидов 2-й группы трудоспособного возраста в регионе продолжает ежегодно расти.

Сегодня лечебно-трудовые мастерские больницы фактически остались единственным местом, дающим возможность восстановить трудовые навыки и сохранить их, предоставляя работу, которую больным вполне под силу выполнить, и главное – чувствовать себя востребованными обществом. Участие пациентов в трудовой терапии и трудовой занятости является одной из форм обязательного медицинского сопровождения.

Почему я останавливаюсь на этом подробно? Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определяет (ст. 16, 17) социальные гарантии по трудовой занятости, трудовому обучению и переобучению, трудоустройству. Финансовое обеспечение этого процесса является расходным обязательством субъектов РФ, то есть государства. И здесь мы сталкиваемся с самой большой трудностью. В стационаре пациент получает лекарство, оно для него бесплатно. В ЛТМ к терапии присоединяется труд. Но труд больного – это не только работа в саду или на огороде. Несмотря на мое неоднократное участие в обсуждениях и выступлениях различного уровня, в том числе в Комитете Совета Федерации по делам инвалидов, государственный системный подход к решению этой проблемы по-прежнему отсутствует. А последние статистические данные говорят о том, что в первичном выходе на инвалидность с еще большим отрывом стали лидировать пациенты с психическими заболеваниями.

Как член общественного совета при главном психиатре Минздрава России могу сказать, что сколько-нибудь четкой организации лечебно-трудовых мастерских в территориях нет. А вот будучи в Ванкувере (Канада) с 10-дневным визитом по приглашению руководителя психиатрической службы профессора Ливсли и общественного деятеля Дж.Маршалл, я был приятно удивлен постановкой работы с инвалидами. В мебельном цехе лечебно-трудовых мастерских, где трудились мастер и несколько пациентов, была выставлена на витринах произведенная продукция (полки, тумбочки, стулья) с указанием стоимости – 3, 5, 7 долларов. Желающие могли сразу приобрести здесь понравившуюся вещь.

По поводу «загрузки» работой трудовых мастерских, куда бы мы ни обращались за это время, пока эта переписка заканчивается ничем. Сейчас осталась последняя надежда – Минздрав Московской области. Очень надеюсь, что руководство медицинского ведомства поможет и в сохранении лечебно-трудового отделения, и заказами. Не думаю, что эта тема

безразлична и для Министерства социальной защиты области.

– Можно ли говорить о том, что в последнее время какие-то определенные психические расстройства стали преобладать над другими?

– Психические расстройства, безусловно, провоцирует нестабильная экономическая ситуация. Когда люди находятся в состоянии хронического стресса, боятся потерять работу, а стоимость лекарств дорожает, это не может не отражаться на течении психических заболеваний.

Тем не менее больше всего подвержены «нашей» патологии дети. Причин такого положения дел много. Раньше дети в большей степени находились под контролем взрослых. Кроме того, сегодня лечебные учреждения выхаживают глубоко недоношенных новорожденных. А такие дети требуют более пристального диспансерного наблюдения и проведения квалифицированной реабилитации. К этому можно добавить сложную ситуацию со школьной программой, увлечение детей компьютерными играми, которое зачастую переходит в настоящую зависимость. Следующая группа – пожилые люди. Да, геронтология укрепила в последнее время свои позиции, но психические заболевания у пожилых как-то остаются вне поля зрения научно-практических конференций в нашей стране.

– Не так давно главный нарколог Минздрава России Евгений Брюн выступил против принудительного лечения наркоманов. Как вы относитесь к предложению возродить практику лечения, существовавшую в советское время?

– Я считаю, что вряд ли кто-нибудь из серьезных ученых и квалифицированных врачей скажет, что наркология – это совершенно обособленная специальность медицины, не имеющая ничего общего с психиатрией. Наркологическая служба тоже работает сейчас в системе ОМС, но сегодня все больше поступает больных с полизависимостью, а зависимость от наркотиков зачастую носит вторичный характер. В этих случаях мы лечим и последствия наркомании, и психическое заболевание. Проведенное в свое время в нашем районе объединение психиатрической и наркологической служб, конечно, решило многие организационные проблемы, связанные с диагностикой, лечением и дальнейшим диспансерным наблюдением клинически сложных пациентов. Кстати, еще в 2002 г. профессор Валерий Краснов, посещая нашу больницу с делегацией ВОЗ, вынужден был признать, что «была допущена стратегическая ошибка – отделение наркологии от психиатрии». Здесь я не могу с ним не согласиться.

Что касается недобровольного лечения, то оно должно быть и в наркологии как разделе психиатрии.

В поисках оптимальной схемы – В последнее время очень много говорится о реабилитации больных с психическими и наркологическими заболеваниями. Как эта схема работает в Московской области?

– Можно сказать, что мы находимся в поисках оптимальной схемы оказания психиатрической и наркологической помощи. Поэтому реабилитация подстраивается под происходящие изменения в модели оказания психиатрической и наркологической помощи. Одно должно быть безусловным: профиль заболевания наших пациентов требует, чтобы реабилитация носила медико-социальный характер, а высшей формой медико-социальной реабилитации вновь должна стать трудовая реабилитация (ресоциализация, по Баншикову). Это принципиально и, вероятно, может стать особенностью участия психиатрии в пилотном проекте. Сможет ли это сделать ТФОМС Московской области – вопрос, а вот передать медико-социальную реабилитацию «на бюджет» необходимо, в целях ее дальнейшего развития. Сами пациенты не в состоянии оплатить реабилитацию, но и фонд ОМС, устанавливая непонятные сроки (18 дней пребывания для наркозависимого), исходит только из финансовых соображений.

В последние годы много внимания уделяется профилактике. В Орехово-Зуево, как и в ряде других городов, создана антинаркотическая комиссия. Только в этом году на базе нашей больницы прошли два ее заседания, а также выездное заседание Комитета Московской областной думы по вопросам охраны здоровья, труда и социальной политики. С 2005 г., в отличие от многих других территорий, в Подмоскovie проводится наркотический мониторинг среди учащейся молодежи. Этот важный опыт профилактической работы нельзя утерять, его надо использовать и развивать.

Серьезным подспорьем я считаю социальную службу и сотрудничество с общественностью нашего региона, Орехово-Зуевским епископом Пантелеймоном.

На V общецерковном съезде, посвященном социальному служению, важнейшей задачей Патриарх Кирилл назвал борьбу с алкоголизмом и наркоманией, а его заключительные слова подошли бы эпиграфом к нашей беседе: «В наших органах власти сейчас, как правило, говорят об экономике и финансах, а я всегда спрашиваю: зачем нужны экономика и финансы, если в стране не будет людей?»

В заключение хочется сказать, что насущных проблем еще много. Призываю коллег откликнуться, ибо дискуссия по поставленным вопросам жизненно необходима. ■

*Беседу вел Леонид Красовский
Московская область*

Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы подростковой и юношеской психиатрии», посвященная памяти профессора М.Я.Цуцульковской

Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы подростковой и юношеской психиатрии», посвященная памяти профессора М.Я.Цуцульковской, состоялась 22 октября 2015 г. в Москве. Офи-

сов Мэлли Яковлевны был очень обширен, включал практически все аспекты психических расстройств юношеского возраста, включая патогенез, патоморфоз, вопросы диагностики, терапии, реабилитации. Профессором Цу-

ентов с разными заболеваниями и повысить качество медицинской помощи. Профессор Р.К.Татаева (Астана) в своем докладе рассказала о методологии выявления факторов риска пограничных нервно-психических расстройств у школьников. Диагностика уровня психологического здоровья подростков проводилась по 4 блокам (биологический с базисными приобретениями, блок новообразований возраста и социальный). Был выявлен ярко выраженный риск в блоке социальных факторов в виде поведенческих нарушений, проблем в процессах воспитания в семье, а также в личностных характеристиках и адаптивных способностях. Распространенность низких значений в среднем по общей выборке свидетельствует об имеющихся личностных проблемах, что, на фоне отсутствия у подростков запаса прочности психологического здоровья, требует обязательного включения их в групповую работу профилактически-развивающей направленности.

Высокая распространенность аффективной патологии в юношеском возрасте, трудности диагностики, связанные с возраст-

у юношеского контингента больных. Профессор И.В.Макаров (СПбНИПИ им В.М.Бехтерева) выступил с темой «Периодические органические психозы у подростков». Доктор медицинских наук Н.В.Симашкова (НЦПЗ) в своем докладе рассказала о расстройствах шизофренического спектра детско-подросткового возраста: созданная в НЦПЗ мультидисциплинарная модель оказания помощи больным с шизофренией в детстве положена в основу стандартов и «Клинических рекомендаций по диагностике и лечению шизофрении (детской, подростковой)».

С темой о медицинских и социальных аспектах детского аутизма в подростковом возрасте выступила профессор Е.В.Малинина (Челябинск). Особая актуальность данного вопроса обусловлена ежегодным увеличением распространенности расстройств аутистического спектра. Заседание продолжилось интересным докладом о психопатологических «масках» шизофренической патологии в подростковом возрасте (профессор Н.А.Мазаева, кандидат медицинских наук Н.Е.Кравченко, доктор медицинских наук А.Г.Головина, НЦПЗ). Ав-



В зале конференции.

циальным организатором выступило ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». В конференции приняли участие врачи-психиатры, клинические психологи из России, Украины, Казахстана, Узбекистана.

С докладами выступили более 25 специалистов, включая представителей субъектов Российской Федерации. Всего на мероприятии присутствовали более 250 человек.

На конференции были рассмотрены актуальные вопросы психиатрии подростково-юношеского возраста. Заседание открылось воспоминаниями о профессоре М.Я.Цуцульковской: выступили академик РАН, профессор А.С.Тиганов, академик РАН, профессор А.Б.Смулевич, профессор Г.П.Пантелеева, профессор П.В.Морозов. Затем прозвучал доклад доктора медицинских наук В.Г.Каледы о неосенимом вкладе профессора М.Я.Цуцульковской в развитие юношеской психиатрии.

Профессор Мэлла Яковлевна Цуцульковская была выдающимся отечественным психиатром. В основе ее работ – концепция об уникальной роли юношеского возрастного фактора как комплекса сложных нейробиологических онтогенетических процессов, что оказывает влияние на психопатологию и клинику эндогенных психических расстройств. Круг научных интере-

скульковской была проведена череда клинико-психопатологических и клинико-катамнестических исследований, благодаря чему расстройства юношеского возраста были изучены как на синдромальном, так и нозологическом уровнях. В ее исследованиях детально были рассмотрены основные, специфические для юношеского возраста синдромы: гебоидный, психастеноподобный, метафизической интоксикации, дисморфофобический, юношеской астенической несостоятельности. Многочисленные исследования, проведенные в НЦПЗ под руководством М.Я.Цуцульковской, способствовали расширению и обогащению всего психиатрического дискурса XX в., их методологическая выверенность и последовательность обеспечили преемственность научного знания при смене поколений исследователей, обеспечив новые перспективы для планирования исследований.

Профессор Е.В.Макушкин (ФМИЦПН им. В.П.Сербского), посвятив свое выступление освещению вопросов охраны психического здоровья детей, говорил о необходимости выполнения работ по созданию национальных клинических рекомендаций по разным медицинским профилям и их внедрению в клиническую и образовательную практику, что позволит сформировать единые подходы к лечению паци-

ной специфичностью и атипией психопатологической картины и клиники аффективных нарушений, высокий суицидальный риск и большая частота рецидивов заболевания в пределах подростково-юношеского периода обусловили особую актуальность выступления кандидата медицинских наук Г.И.Копейко (НЦПЗ), который рассказал об особенностях течения и терапии биполярного аффективного расстройства

торами отмечено, что в динамике шизофренических состояний наблюдаются не только типичные для этой нозологии расстройства (снижение психической активности, нарушения мышления и эмоций, аутизация и т.п.), но и обширный круг неспецифических симптомов, однако вопрос соответствия той или иной психопатологической «маски» типу тече-



Президиум конференции.

Продолжение на стр. 24

ния эндогенного процесса до настоящего времени остается открытым. Прогностическая неопределенность требует их дальнейшего изучения.

О влиянии тяжелых стрессов на психическое здоровье детей докладывал профессор Ю.П.Сиволап (Первый МГМУ им И.М.Сеченова). Докладчик акцентировал внимание слушателей на том, что жестокое обращение в детстве, как и другие серьезные психические травмы детского возраста, представляет собой один из наиболее значимых факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на психическое здоровье.

Кандидат медицинских наук А.Н.Бархатова (НЦПЗ) представила результаты исследования по теме дефицитарно-личностных расстройств при юношеской шизофрении. Целью исследования было установление вероятностных прогностических соотношений между дефицитарными расстройствами и особенностями клинического варианта ремиссии на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза. Полученные данные о клинико-психопатологических особенностях ремиссий с дефицитарными расстройствами на начальном этапе юношеского эндогенного психоза представляются отражающими процессуальные и функциональные нарушения, что делает их приемлемыми для определения факторов, определяющих основные тенденции реализации эндогенного процесса.

Первая часть конференции завершилась сообщением о такой важной проблеме, как предикация высокого риска манифестации шизофрении (кандидат медицинских наук М.А.Омельченко, кандидат медицинских наук А.А.Бебуришвили, аспирант А.О.Румянцев, НЦПЗ). Авторы исследовали ведущие клинико-психопатологические и клинико-патогенетические параметры, соответствующие критериям «ультравысокого риска» по развитию шизофрении, изучали установление их биологической природы и валидности в отношении исхода на пятилетний катамнез у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста, была проведена типологическая дифференциация «субпсихотических симптомов», дана нозологическая оценка по каждому из типов, исследовались метаболические показатели, сравнились иммунологические профили больных.

Вторая часть заседания открылась докладом доктора медицинских наук И.В.Олейчика (НЦПЗ) о современных подходах психофармакотерапии больных юношеского возраста с аффективными расстройствами. Докладчик говорил о том, что в юношеском возрасте отмечается более высо-

кая, чем у больных зрелого возраста, частота терапевтической резистентности, и представил данные о сравнении эффективности и безопасности применения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и антидепрессантов I–II поколения у стационарных больных с эндогенными юношескими депрессиями и рассказал об особенностях терапии биполярного аффективного расстройства I и 2-го типа в юношеском возрасте.

Тему аффективных расстройств, а именно вопросов терапии непсихотической депрессии у подростков, продолжила А.А.Портнова, профессор ФМИЦПН им. В.П.Сербского. Профессор О.В.Воробьева (Первый МГМУ им И.М.Сеченова) представила доклад о современных подходах к назначению бензодиазепинов, подчеркнув такие преимущества терапии бензодиазепинами, как широкий спектр фармакологического воздействия, высокую клиническую эффективность при множестве психосоматопатологических и неврологических синдромов, самое быстрое наступление терапевтического эффекта среди всех классов психотропных препаратов и сравнительную безопасность и простоту в назначении и приеме (низкая летальность при передозировке и отсутствие выраженных побочных эффектов).

Кандидаты медицинских наук Е.В.Корень, Т.А.Куприянова, С.Н.Масихина, А.Н.Марченко (МНИИП) подготовили сообщение на тему психосоциальной реабилитации подростков с психическими расстройствами: результаты работы позволяют объединить на практике профилактическую, лечебно-реабилитационную и ресоциализирующие составляющие психосоциальной реабилитации и определить ориентиры для реорганизации служб психического здоровья детей и подростков.

Известно, что риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10% популяции. Наиболее уязвимой категорией интернет-пользователей в плане формирования зависимости являются молодежь и подростки. Описаны клинические случаи формирования абстинентного синдрома при данном типе зависимости, сходного по своим проявлениям с абстиненцией у наркозависимых. В связи с чем особую актуальность приобрело выступление доктора медицинских наук Л.О.Перегожина (ФМИЦПН им. В.П.Сербского) на эту тему. В докладе освещались премоурбидные психические расстройства и нарушения психического развития у детей и подростков, обнаруживающих зависимость от Интернета и мобильных средств доступа к нему, что дало возможность дифференцированно оценить характер формирующейся интернет-зависимости.



В зале – коллеги и ученики М.Я.Цуцельковской.



На конференции памяти М.Цуцельковской выступает П.В.Морозов.

Не менее важному вопросу был посвящен и следующий доклад (кандидат медицинских наук Г.С.Банников, МНИИП) о профилактике суицидального поведения несовершеннолетних в образовательных организациях. Выявлены основные недостатки организации и проведения профилактики суицидального поведения (первичной, вторичной, третичной) и предложены пути решения данных проблем.

Е.Е.Балакирева, кандидат медицинских наук (НЦПЗ), выступила с подробным анализом патологии пищевого поведения при эндогенных психических расстройствах в подростковом возрасте, были выделены три этапа терапии: координационный, включающий в себя организацию медицинской помощи на доклиническом уровне и представляющий собой установление контакта между пациентом и врачом (этап «психологического взаимодействия») с принятием дальнейшей тактики ведения больного; «неспецифического лечения» или соматического лечения, направленный на восстановление массы тела, и «специфического» лечения, направленный на редукцию психопатологической симптоматики.

Клинические психологи НЦПЗ, кандидаты психологических

наук Т.К.Мелешко, В.П.Критская рассказали об особенностях патопсихологического исследования больных эндогенными психическими заболеваниями юношеского возраста. Конференция завершилась докладом доктора биологических наук И.С.Лебедевой о нейрофизиологических и нейровизуализационных исследованиях в клинике эндогенных психических расстройств юношеского возраста.

Таким образом, слушатели и участники конференции были ознакомлены с современными научными аспектами психиатрии юношеского возраста, имеющими несомненную практическую значимость.

По окончании мероприятия всем участникам были выданы сертификаты.

По материалам конференции был опубликован сборник, куда вошли около 80 присланных тезисов, посвященных современным вопросам эндогенной психической патологии, расстройствам личности, химическим и поведенческим аддикциям, проблемам оценки риска и профилактики суицидов в данном возрастном периоде, а также особенностям психофармакотерапии, психотерапии, реабилитации указанного контингента больных. ■

Изменения показаний к применению антипсихотических средств на основе новых данных о клиническом применении: пример тиаприда



*Н.В.Коробов
ФГБОУ ВПО Московский
государственный университет
им. М.В.Ломоносова*

Введение

Со времени внедрения в клиническую практику первого антипсихотического средства хлорпромазина прошло более 60 лет, и в настоящее время перечень применяемых в мире препаратов этой группы составляет более 50 наименований только по МНН. Разработаны классификации антипсихотических средств, например, по химическим классам, по аффинитету к основным рецепторам нервной системы, по особенностям специфического антипсихотического действия и других видов психотропной и нейротропной активности. Достаточно подробно исторические аспекты и вопросы классификации антипсихотических средств обобщены в обзоре Д.С.Данилова в 2011 г.

Многообразие антипсихотических средств предполагает возможность их эффективного применения в клинической практике в зависимости от особенностей спектра и силы психотропного действия, а также способности вызывать нежелательные реакции (побочные действия). В настоящее время основной рационального применения лекарственных средств являются результаты проведенных по правилам надлежащей клинической практики клинических исследований и обобщение полученных данных в соответствии с принципами доказательной медицины. Однако такой подход не всегда был доминирующим, и применение некоторых антипсихотических препаратов подвергается пересмотру в соответствии с новыми полученными данными об их эффективности и безопасности.

На примере тиаприда – представителя группы бензамидов – будет полезно рассмотреть некоторые изменения показаний к его применению, появившиеся в результате получения новых сведений о действии этого препарата в сравнении с другими антипсихотическими средствами.

Общая характеристика тиаприда

Тиаприд относится к производным бензамидов. К бензамидам, применяемым в психиатрической и неврологической практике, кроме тиаприда, относятся зарегистрированные в России сульпирид и амисульпирид. Следует отметить, что исторически сульпирид и клозапин были первыми «атипичными» антипсихотическими препаратами. Все три бензамиды в определенной степени обладают схожими свойствами, однако тиаприд несколько слабее по антипсихотическому действию, но, в отличие от сульпирида и амисульпирида, оказывает умеренное седативное действие.

Тиаприд имеет избирательное сродство к D_2 - и D_3 -рецепторам головного мозга и значительно слабее связывается с D_1 - и D_4 -, а также с другими типами рецепторов. В экспериментах на животных показана способность тиаприда блокировать постсинаптические дофаминовые рецепторы в прилегающем ядре и полосатом теле, что в целом характерно для всех антипсихотических средств.

В России на текущий момент зарегистрирован тиаприд двух производителей: «Санофи-Винтроп Индастри» (Франция), под торговым наименованием Тиапридал в виде таблеток по 100 мг и раствора для внутримышечного и внутривенного введения 50 мг/мл, и ОАО «Органика», Новокузнецк, под торговым наименованием Тиаприд в тех же лекарственных формах.

Тиаприд в информационном научном поле

Публикации о клиническом применении тиаприда условно можно разделить на 3 этапа. Для I этапа (1980–90-е годы) характерны публикации результатов клинических исследований тиаприда по относительно широкому спектру патологических состояний с включением небольшого числа испытуемых – чаще всего несколько десятков пациентов. Материала для обзоров недо-

статочно, поэтому публикации редкие и неполные. Их примеры представлены ниже.

1. Тиаприд показал положительный эффект при лечении 40 пациентов с мигренью (контрольная группа получала плацебо), на основании этих результатов авторы считают целесообразным применение тиаприда для лечения мигрени.
2. Двойное слепое сравнительное исследование на 29 пациентах, страдающих болевым синдромом онкологического генеза, показало статистически значимое обезболивающее действие тиаприда по сравнению с плацебо, при этом не было различий в показателях переносимости тиаприда и плацебо.
3. В двойном слепом контролируемом исследовании с участием 24 пациентов с онкологическим заболеванием внутривенное введение тиаприда в дозе 300 мг вызывало такой же обезболивающий эффект, как внутримышечная инъекция 500 мг ацетилсалициловой кислоты, токсичность препаратов была минимальной.
4. В обзоре отмечается, что бензамиды требуют дальнейшего клинического изучения на предмет эффективного применения в психиатрической практике. В частности, в отношении тиаприда указано, что хотя препарат показал эффективность при лечении разных алкогольных состояний, ажитации при других заболеваниях, расстройствах двигательной системы, качество проведенных исследований – открытое исследование, основанное на общем клиническом впечатлении исследователя, не является убедительным.
5. Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование с участием 29 больных хореей Хантингтона показало, что применение тиаприда вызывало значительное ослабление двигательных нарушений, и это подтверждается объективными психометрическими измерениями.
6. В обзоре отмечено, что доклинические и клинические исследования показывают наличие у тиаприда анксиолитического действия, механизм которого не установлен. Результаты ограниченных клинических исследований свидетельствуют об эффективности препарата при лечении ажитации, агрессивности, тревоги и расстройств сна у пожилых пациентов, превосходящей плацебо, хлорпрома-

зин, лоразепам и мепробамат. В рекомендованных дозах тиаприд хорошо переносился. Считают, что тиаприд потенциально перспективен для использования в этой трудной области клинической медицины.

7. В обзоре приведены данные о результатах 4 двойных слепых клинических исследований тиаприда с участием более 700 пациентов пожилого возраста с проявлениями агрессивности, ажитации, обмана, бродяжничества. Показана убедительная эффективность препарата по сравнению с плацебо. Результаты 30 открытых клинических исследований (около 1 тыс. пациентов) также показали положительные результаты. В 2 исследованиях показана более высокая безопасность применения тиаприда, чем хлорпромазина, по показателям сонливости, выраженности экстрапирамидных симптомов и сухости во рту. У здоровых испытуемых по сравнению с лоразепамом тиаприд оказывал меньшее влияние на память.
8. Обосновывается, исходя из особенностей механизма действия (тиаприд связывается не более чем с 80% дофаминовых D_2 -рецепторов и поэтому редко вызывает острые экстрапирамидные расстройства и не вызывает позднюю дискинезию), клиническая эффективность тиаприда при вызванной нейролептиками поздней дискинезии, дискинезии, вызванной леводопой, психомоторной ажитацией у пожилых пациентов, хорей, хорейных двигательных расстройствах. Тиаприд эффективно ослабляет проявления хорей при болезни Хантингтона, при этом хорошо переносился в диапазоне доз от 300 до 1200 мг, а нежелательные реакции были редки и слабо выражены.
9. В двойном слепом рандомизированном многоцентровом исследовании с участием 306 пожилых пациентов с легкой или умеренной степенью деменции, раздражительностью и агрессивностью тиаприд не отличался по эффективности от галоперидола, но лучше переносился, особенно по частоте и степени развития экстрапирамидных симптомов. Прослеживается довольно широкий спектр применения тиаприда и, по-видимому, для этого

Продолжение на стр. 26

имелись на тот момент достаточно веские основания.

II этап (первое десятилетие XXI в.) отличался более масштабными исследованиями и появлением качественных обзорных статей, например, многоцентровое слепое рандомизированное исследование с участием 111 пациентов показало клиническую эффективность и безопасность применения прегабалина, тиаприда и лоразепама при лечении алкогольного абстинентного синдрома. Прегабалин превосходил по эффективности тиаприд и, по некоторым показателям, – лоразепам.

III этап (начало второго десятилетия и по настоящее время) характеризовался более строгими с точки зрения методологии подходами к проведению клинических исследований и появлением метаобзоров, что и привело к пересмотру части показаний к применению тиаприда. Этому способствовало также появление качественных обзоров по сравнительной эффективности и безопасности рядов антипсихотических препаратов и международных руководств по клиническому применению препаратов этой группы.

В систематическом обзоре по оценке эффективности и переносимости антипсихотических средств при остром и хроническом болевом синдроме сформулировано, что препараты этой группы могут использоваться как средства дополнительной терапии при лечении состояний, сопровождающихся болевым синдромом. Однако предварительно следует рассмотреть возможность таких нежелательных реакций, как экстрапирамидные расстройства и седативное действие. Отмечено, что требуются дальнейшие исследования для оценки анальгетического действия антипсихотических препаратов с использованием стандартизован-

Показания к применению

Раствор для внутримышечного и внутривенного введения:

– купирование психомоторного возбуждения и агрессивных состояний, особенно при хроническом алкоголизме и у пациентов пожилого возраста.

Таблетки:

- У взрослых:
 - купирование психомоторного возбуждения и агрессивных состояний, особенно при хроническом алкоголизме и у пациентов пожилого возраста.
- У взрослых и детей старше 6 лет:
 - разные типы хореи, синдром Жилля де ля Туретта.
- У детей старше 6 лет:
 - расстройства поведения с ажитацией и агрессивностью.

ных методов оценки болевой чувствительности.

Метаанализ 13 двойных слепых исследований с участием 1593 пациентов показал, что амисульприд, арипипразол, флупентиксола деканоат, оланзапин, кветиапин, тиаприд и плацебо не улучшали показатели при абстиненции, не уменьшали потребления алкоголя и влечения к нему у пациентов с первичной алкогольной зависимостью.

Тиаприд, так же как и сульпирид, входит в число наиболее применяемых препаратов для лечения синдрома Туретта и других хронических тикозных расстройств согласно европейским клиническим руководствам по лечению этих состояний. По оценкам европейских экспертов сульпирид и тиаприд занимают соответственно 5 и 6-е место в рейтинге фармакологических средств, уступая рисперидону, клонидину, арипипразолу и пимозиду. Нежелательные реакции, возникающие при применении тиаприда у детей: сонливость, умеренная кратковременная гиперпролактинемия, прибавка массы тела. Тиаприд не влияет на когнитивные функции, нейрофизиологические параметры (по результатам электроэнцефалографии), не нарушает гипоталамо-гипофизарную гормональную регуляцию. Тиаприд и родственный ему по группе бензамидов сульпирид наряду с тетрабеназином рекомендованы Европейским агентством по лекарственным средствам (European Medicines Agency – EMA) для лечения бо-

лезни Хантингтона, в частности, проявлений двигательных расстройств – хореи.

В последние 2–3 года в российских изданиях были опубликованы несколько обзоров, посвященных применению тиаприда в психиатрической и неврологической практике, в которых в целом отражены основные направления клинического применения этого препарата. Тем не менее в этих обзорах недостаточно отражены новейшие данные.

Значение инструкции по применению

Основным документом, регламентирующим использование лекарственного препарата в медицинской практике, является инструкция по применению, которая прилагается к каждой упаковке препарата. Владелец регистрационного удостоверения лекарственного препарата вправе вносить изменения в эту инструкцию в соответствии с новыми сведениями о лекарственном препарате. Для тиаприда существенные изменения в инструкцию по применению были внесены в конце 2014 г. Предыдущая версия скорее была разработана на основе данных клинических исследований первого периода применения тиаприда – до 2000 г, что можно увидеть из примеров публикаций этого времени: много внимания уделялось применению тиаприда в качестве обезболивающего средства и для лечения алкоголизма. После 2000 г, и особенно 2010 г, с появлением результатов масштаб-

ных клинических исследований, метаобзоров, новых руководств по лечению заболеваний эти показания к применению оказались под сомнением и были удалены заявителем из инструкции.

В данной статье приводится фрагмент обновленной инструкции по применению тиаприда под торговым наименованием Тиапридал, касающийся показаний к применению.

Применение препарата по показаниям, не соответствующим инструкции по применению (off-label use – применение вне инструкции) законодательно не разрешено, однако в некоторых случаях выход за рамки инструкции возможен при соблюдении определенных условий.

Заключение

Рассмотрен конкретный случай изменений показаний к применению антипсихотического средства, сделанных на основе современных данных о проведенных клинических исследованиях. Из показаний к применению изъяты две значимые позиции, что, с одной стороны, суживает диапазон применения тиаприда, но с другой – делает оставшиеся позиции более обоснованными и перспективными. Полезно было бы аналогичным образом рассмотреть и другие разделы инструкции по применению, касающиеся, например, противопоказаний и ограничений к применению, а также взаимодействия с другими лекарственными средствами.

Представляется целесообразным описанный подход распространить на другие антипсихотические средства, в особенности на имеющие давнюю историю применения в клинической практике. Это позволит привлечь внимание производителей и регуляторных органов к проблеме своевременного внесения изменений в инструкции по применению лекарственных препаратов. ■

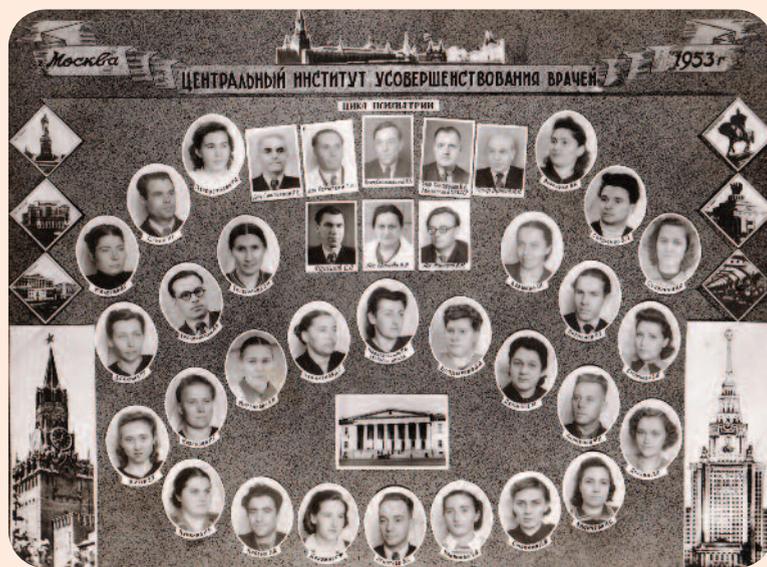
«Я гляжу на фотокарточку...»

Еще одна старая фотография попала в мои руки. Очередной выпуск курсантов кафедры психиатрии Центрального института усовершенствования врачей 1953 г., года серьезных перемен в нашем обществе: дело врачей, смерть Сталина, расстрел Берии, амнистия – десятки тысяч людей выходят из тюрем и лагерей.

Знаменитая «кузница кадров советской психиатрии» продолжает свою работу. На снимке уже хорошо знакомые нам лица: заведующий кафедрой профессор А.В.Снежневский, доцент Г.А.Ротштейн, ассистент Н.Н.Евплова, доцент Р.Е.Люстерник, ассистент В.М.Морозов, С.В.Курашов, будущий министр здравоохранения СССР, профессор Н.А.Бунеев. Впервые появляется в составе кафедры академик Н.И.Гращенко, впрочем, лишь однажды.

Среди курсантов обращает на себя внимание фотография молодого Евсея Давидовича Красика, впоследствии известного профессора, заведующего кафедрой психиатрии Томского медицинского института, руководителя отдела эпидемиологии НИИ психического здоровья Томского научного центра АМН СССР. ■

П.В.Морозов



Неулептил®

Эффективное решение при нарушениях поведения

*** УМЕНЬШАЕТ**

- АГРЕССИВНОСТЬ
- ВОЗБУДИМОСТЬ
- РАСТОРМОЖЕННОСТЬ

*** ИМЕЕТ ВЫРАЖЕННЫЙ СЕДАТИВНЫЙ ЭФФЕКТ**

- БЕЗ ВЯЛОСТИ
- БЕЗ ЗАТОРМОЖЕННОСТИ

*** НИЖЕ РИСК РАЗВИТИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ***

- БЛАГОДАРИ УМЕРЕННОМУ АНТИДОФАМИНЕРГИЧЕСКОМУ ЭФФЕКТУ

Торговое название препарата: Неулептил®.

Регистрационный номер: П N014803/01, П N014705/01.

Международное непатентованное название: перициазин.

Лекарственная форма: капсулы; раствор для приема внутрь.

Фармакотерапевтическая группа: Антипсихотическое средство (нейролептик).

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ. Перициазин является нейролептиком из группы пиперидиновых производных фенотиазина, антидофаминергическая активность которого обуславливает развитие терапевтического антипсихотического (без стимулирующего компонента), а также противорвотного и гипотермического эффектов препарата. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Острые психотические расстройства. Хронические психотические расстройства, такие как шизофрения, хронические нешизофренические бредовые расстройства: параноидальные бредовые расстройства, хронические галлюцинаторные психозы (для лечения и профилактики рецидивов). Тревожное состояние, психомоторное возбуждение, агрессивное или опасное импульсивное поведение (в качестве дополнительного препарата для краткосрочного лечения этих состояний). Раствор. Дети старше 3-х летнего возраста. Тяжелые поведенческие расстройства с ажитацией и возбудимостью. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** Капсулы, раствор (взрослые). Суточная доза может колебаться от 30 мг до 100 мг. Максимальная суточная доза составляет 200 мг. Лечение острых и хронических психотических расстройств. Начальная суточная доза составляет 75 мг (разделенная на 2-3 приема). Суточная доза может увеличиваться на 25 мг в неделю до достижения оптимального эффекта (в среднем до 100 мг в сутки). В исключительных случаях суточная доза может увеличиваться до 200 мг. Лечение тревожного состояния, психомоторного возбуждения, агрессивного или опасного импульсивного поведения. Препарат применяется в качестве дополнительного препарата для краткосрочного лечения. Начальная суточная доза 15-30 мг (Разделенная на 2 приема). Лечение пациентов пожилого возраста. Дозы при всех показаниях снижаются в 2-4 раза. Раствор (дети старше 3-х лет). Суточная доза составляет 0,1-0,5 мг/кг массы тела/сутки. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Капсулы раствор. Гиперчувствительность к перициазину и/или другим ингредиентам препарата; закрытоугольная глаукома; задержка мочи на фоне заболеваний предстательной железы; агранулоцитоз в анамнезе; порфирия в анамнезе; сосудистая недостаточность (коллапс); острое отравление веществами, угнетающими ЦНС или кома; сердечная недостаточность; феохромоцитоза; миастения тяжелая псевдопаралитическая (болезнь

Эрба-Гольдфлама). Капсулы. Детский возраст. Раствор. Дефицит сахарозы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; детский возраст младше 3-х лет. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ.** Капсулы, раствор. У пациентов с предрасполагающими факторами для развития желудочковых аритмий; с почечной и/или печеночной недостаточностью; с сердечно-сосудистыми заболеваниями; с факторами риска развития инсульта; с факторами риска развития инсульта; с факторами риска развития венозных тромбозов/эмболических осложнений; с эпилепсией; с болезнью Паркинсона; с гипертериозом; с изменениями картины крови; с раком молочной железы; с сахарным диабетом, пациенты с рисками развития сахарного диабета; у пациентов пожилого возраста, в том числе и с деменцией. Раствор. У пациентов детского возраста, особенно моложе 6 лет. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Капсулы, раствор. При применении перициазина может развиваться злокачественный нейролептический синдром; следует регулярно контролировать состав периферической крови; возможность развития фотосенсибилизации и синдрома отмены. Раствор. Применение у детей моложе 6 лет возможно только в исключительных и в специализированных учреждениях. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ.** Противопоказанные комбинации: с дофаминергическими агонистами. Нерекомендуемые комбинации: с алкоголем; с амфетамином, клонидином, гуанетидином, сультопридом. Комбинации лекарственных средств, при применении которых требуется соблюдение осторожности: с лекарственными средствами, способными увеличить интервал QT; тиазидными диуретиками; гипотензивными средствами; другими лекарственными средствами обладающими угнетающим действием на ЦНС; трициклическими антидепрессантами, ингибиторами MAO, мапротилином; атропином и другими холинолитиками; бета-блокаторами; гепатотоксическими препаратами; гипогликемическими препаратами. Взаимодействия, которые надо принимать во внимание: с антацидами; бромкриптином; средствами для снижения аппетита. **БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ.** Назначение перициазина при беременности возможно, но в каждый раз необходимо сопоставлять пользу для матери с риском для плода. Не рекомендуется проводить грудное вскармливание во время приема препарата. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Со стороны центральной нервной системы. Седация или сонливость; апатия; тревога; изменение настроения; экстрапирамидные расстройства; угнетение дыхания. Со стороны сердечно-сосудистой системы. Снижение артериального давления; аритмии; венозные тромбозы/эмболические осложнения. Эндокринные и метаболические нарушения. Гиперпролактинемия; нарушения терморегуляции; гипергликемия. Кожные и аллергические реакции. Аллергические кожные реакции; кожная сыпь; бронхоспазм;

отек гортани; ангионевротический отек; гипертермия. Гематологические нарушения. Лейкопения; агранулоцитоз. Со стороны печени и желчевыводящих путей. Холестатическая желтуха и поражения печени. **ПЕРЕДОЗИРОВКА.** Симптомы передозировки фенотиазинов включают в себя угнетение ЦНС прогрессирующее от сонливости до комы с арефлексией. Лечение должно быть симптоматическим и проводиться в специализированном отделении. **ФОРМА ВЫПУСКА.** Капсулы 10 мг; раствор для приема внутрь 4% (флаконы по 30 и 125 мл). Срок годности. Капсулы. 5 лет. Раствор. 3 года. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК.** По рецепту.

С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению.

RU.PER.15.02.06



* Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Неулептил® (Рег.уд. - П N014705/01, П N014803/01)

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии, сексологии ФПК и ПП Владивостокского государственного медицинского университета

Основана в 1963 г.

Владивостокский медицинский институт организован в 1958 г. Институт первым в Сибири и на Дальнем Востоке получил статус университета в 1995 г. ВГМУ – крупный научный и учебно-методический центр, включающий 11 факультетов, 57 кафедр, опирающийся в своей деятельности на 39 клиник. В рамках ВГМУ функционируют 5 институтов, в том числе НИИ психического здоровья.

Кафедра психиатрии во Владивостокском государственном медицинском институте была основана в 1963 г. Первым заведующим был доктор медицинских наук, профессор Михалев Петр Васильевич, защитивший в год



П.В. Михалев

основания кафедры кандидатскую диссертацию «Материалы к истории развития психиатрической помощи в Курской области», а в 1972 г. – докторскую диссертацию «Нервно-психические расстройства при поражении ядовитой медузой гонионемой».

П.В. Михалевым было опубликовано 95 печатных работ, более 300 работ под его руководством опубликовали ученики. В 1984 г. вышла в свет монография «Критическая оценка данной концепции Е.Блейлера при историко-диалектическом анализе». Под его руководством защитились 8 кандидатов медицинских наук, 1 доктор медицинских наук.

С 1970 г. на кафедре имеется ординатура, с 1982 г. – аспирантура.

В 1989 г. кафедру возглавил доктор медицинских наук профессор Яцков Леонид Петрович. В 1970 г. защитил кандидатскую диссертацию «Клинические характеристики заболевания у пораженных ядовитой медузой гонионемой». В 1987 г. – доктор-

скую диссертацию «Клинико-эпидемиологическая характеристика непсихотических форм патологии, прогноз, терапия и реабилитация». Л.П.Яцковым опубликовано 8 монографий, 200 журнальных статей, более 500 печатных работ, 5 рационализаторских предложений, он редактор 11 сборников научно-практических конференций. В 1991 г. им издана монография «Клиника, психотерапия, профилактика пограничных состояний»; в 1993 г. – «Познай себя и помоги себе сам»; 1998 г. – «Клиника, психотерапия алкоголизма и наркомании». Под руководством Л.П.Яцкова защищено 12 кандидатских и 4 докторские диссертации. Он стоял у истоков психотерапевтической службы, являлся главным краевым психотерапевтом, председателем Общества психиатров в Приморском крае, в течение 10 лет – директором Дальневосточного филиала НИИ психического здоровья Сибирского отделения РАМН.



Л.П. Яцков

С 1999 по 2004 г. кафедрой заведовал доктор медицинских наук, профессор Шорин Валерий Владимирович. В 1988 г. был переведен в г. Владивосток, где создал психотерапевтический наркологический центр на базе курортной поликлиники, а в 1989 г. становится главным врачом.

В 1994 г. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Динамика клинического статуса больных хроническим алкоголизмом под влиянием эмоционально-стрессовой психотерапии». В 1998 г. защитил докторскую диссертацию «Клинико-динамические, социально-психологические и реабилитационные аспекты алкоголизма при коморбидной соматической патологии».



Владивосток

В.В.Шориным опубликовано более 50 научных статей, а в 1997 г. он получил патент на изобретение нового метода лечения алкоголизма и наркомании «Метод информационного блокирования». Выпустил монографии: в 1995 г. – «Эмоционально-стрессовая психотерапия хронического алкоголизма»; 1999 г. – «Алкоголизм при коморбидной соматической патологии».

С 2004 г. кафедрой заведует доктор медицинских наук, профессор Ульянов Илья Геннадьевич. В 1988 г. И.Г.Ульянов защитил кандидатскую диссертацию на тему «Психотерапия и психопрофилактика невротических реакций при интенсивных психофизических нагрузках», а в 1996 г. – докторскую диссертацию на тему «Клиника. Типология. Психотерапия пограничных нервно-психических расстройств у рыбаков в морских условиях» под руководством профессора Л.П.Яцкова. С 1992 г. является заместителем директора по научной работе, а с 2004 г. – директором Дальневосточного филиала НИИ психического здоровья Сибирского отделения РАМН. И.Г.Ульяновым опубликовано более 160 научных статей, под его руководством защищены 4 кандидатские диссертации.

Ульянов Илья Геннадьевич является членом правления Российского общества психиатров; членом правления Национального наркологического общества; членом координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации; членом Всемирной психотерапевтической ассоциации; действительным членом Профессиональной психотерапевтической лиги; членом редакционной коллегии журналов «Психотерапия», «Сибирский вестник психиатрии и наркологии»; является супервизором.

И.Г.Ульянов – один из авторов международного учебно-методи-

ческого пособия с грифом УМО «Избранные вопросы клинической психологии», том 3 «Психотерапия, психологическое консультирование и психологическая диагностика», которое на

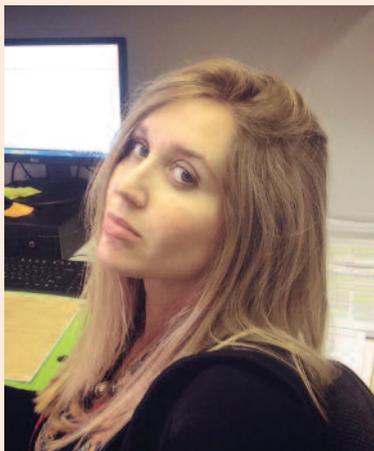


И.Г.Ульянов

Первом Дальневосточном региональном конкурсе на лучшее вузовское учебное издание «Университетская книга-2007» получило грамоту как лучшее учебное пособие в номинации «Медицина». И.Г.Ульянов неоднократно участвовал с докладами на различных крупнейших съездах, научно-практических конференциях. Был участником психотерапевтических съездов в Австрии, Германии, Китае. Участвовал в программе Госдепартамента США по профилактике домашнего насилия в 4 штатах США. Один из инициаторов проведения Яцковских чтений во Владивостоке. ■

490002, Владивосток, пр. Острякова, 2, Тел. (приемная) (423) 245-17-18
Кафедра: Владивосток, ул. Гоголя, 35 (краевой наркологический диспансер)
Владивосток, ул. Шепеткова, 14 (краевая клиническая психиатрическая больница)
Тел. (423) 271-56-76
E-mail: happy-family09@mail.ru

Современные подходы в диагностике и терапии психозов: конференция, тренинг, исследование



Д.А.Смирнова, канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Go8 Research Fellow, Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry, UWA

9–10 ноября 2015 г. в Самаре состоялся образовательный семинар из цикла «Современные подходы в диагностике и терапии психозов» по теме «Шизофрения». Семинар был подготовлен Центром клинических исследований в нейропсихиатрии Университета Западной Австралии (директор А.Жабленски) и проводился при поддержке Комиссии Российского общества психиатров (РОП) по работе с молодыми учеными и специалистами (председатель Н.Н.Петрова), Совета молодых ученых (СМУ) РОП (председатель И.А.Федотов), Министерства здравоохранения Самарской области (главный внештатный психиатр М.С.Шейфер) и Самарского государственного медицинского университета (заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Д.В.Романов). Программа мероприятия включала научно-практическую конференцию для врачей и тренинг 15 специалистов из 7 городов России (Волгоград, Казань, Москва, Рязань, Санкт-Петербург, Самара, Симферополь) для подготовки многоцентрового исследования по апробации и валидации русскоязычной версии «Диагностического интервью психозов» (ДИП).

Семинар открыл главный внештатный психиатр Самарской области, член правления РОП М.С.Шейфер, обозначив, что рад приветствовать специалистов из разных регионов России, поддерживать образовательное направление и сотрудничество с РОП и Центром клинических исследований в нейропсихиатрии в рамках научного проекта, одной из

исследовательских баз для реализации которого станет Самарская психиатрическая больница.

Председатель Самарского регионального отделения РОП Д.В.Романов подчеркнул, что Самара не в первый раз становится местом проведения научно-образовательных мероприятий. Так, с 28 февраля по 1 марта 2013 г. в Самаре состоялась конференция «Нейропсихиатрические и соматопсихиатрические проблемы современной медицины», а с 19 по 21 сентября 2013 г. прошла Общероссийская конференция с международным участием совместно с Совещанием главных специалистов и Пленумом прав-

ительства медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, а также свидетельство об аккредитации специалиста. Профессор Н.Н.Петрова подчеркнула, что Самарская область является одним из первых регионов, участвовавших в подготовительном проекте экспериментального введения кредитно-модульной системы для оценки образовательных мероприятий для врачей. Кроме того, Наталия Николаевна обратила внимание слушателей семинара

дования современные психофизиологические, нейропсихологические и генетические методы: «Психиатрия во всемирном масштабе сегодня подходит к новым рубежам. С одной стороны, есть какое-то осознание кризиса. Тогда как в других областях медицины, например, кардиологии, онкологии, диагноз и прогноз уже ставятся на уровне молекулярной биологии и персонализированной терапии, в психиатрии, кажется, крупных открытий нет, отсутствуют достоверные маркеры для диагностики и прогноза. Но, с другой стороны, быстрое внедрение новейших методов и технологий нейронаук, геномики и по-



Рабочая группа исследования по апробации русскоязычной версии ДИП.

ления РОП «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии».

В приветственном слове главный куратор мероприятия, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии СПбГУ, председатель Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук, профессор Н.Н.Петрова отметила, что семинар проводится в рамках программы непрерывного профессионального образования, последипломного повышения квалификации специалистов. С 1 января 2016 г. вступает в силу статья 69 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ, в соответствии с которой право на осу-

на активность молодых специалистов, которые сохраняют энтузиазм и проявляют искренний интерес к науке, продолжая дело своих учителей.

Директор Центра клинических исследований в нейропсихиатрии, профессор Асен Жабленски в своем видеозаписи отметил большую работу по переводу ДИП, глоссария и руководства ДИП на русский язык, которую провели в 2013 г. члены СМУ РОП Алексей Павличенко, Дарья Смирнова, Мария Орлова, Татьяна Жилева, Наталья Войнова и Георгий Кустов. Профессор А.Жабленски рассказал об актуальности многопланового изучения психозов, в частности, группы шизофрении, и рекомендовал включать в иссле-

пуляционных исследований открывают для психиатрии новые и заманчивые горизонты. Информационные технологии делают возможным создание огромных международных систем сотрудничества. Консорциумы и когорты включают десятки тысяч пациентов и контрольных лиц, и именно здесь возникает возможность применения точных методов для изучения характеристик фенотипов расстройств, и, в частности, психозов». Для этой цели, как отметил профессор А.Жабленски, «мы создали ДИП как единый язык для клинической работы и проведения эпидемиологических и генетических исследо-

Продолжение на стр. 30

ваний». Важным является то, что ДИП – не опросник, а «интервью, которое предполагает активный диалог между клиницистом и исследуемым лицом».

Профессор А.Жабленски высказал пожелания молодым исследователям: «Во-первых, это абсолютная важность открытости для междисциплинарного сотрудничества с нейрopsихологами, нейрофизиологами, генетиками и, конечно, биостатистиками; во-вторых, значительное расширение международного сотрудничества; в-третьих, стоит анализировать, писать и публиковаться не только в замкнутом внутреннем кругу, а и в ведущих международных журналах». Он отметил, что «у российской психиатрии глубокие традиции, опирающиеся на таких гигантов базисных и клинических наук, как Сеченов, Павлов, Бехтерев, Ганнушкин, Выготский, Лурия и многие другие. ... Развивать психиатрию в широ-

мой купирующей терапии является улучшение ролевого функционирования пациентов, а не только редукция продуктивных симптомов, снижение риска агрессии и уменьшение психомоторного возбуждения. Подчеркивалась важность повышения качества жизни больных шизофренией. Были приведены данные собственного исследования о том, что наиболее подвижными психопатологическими симптомами в процессе терапии острого приступа шизофрении являются расстройства восприятия, психомоторное возбуждение и негативизм. Отдельно обсуждались дифференцированная терапия первого эпизода, распознавание депрессии при шизофрении, типология и лечение постшизофренической депрессии. Большое место в докладе занимали вопросы прогноза реагирования на антипсихотическую терапию и места антипсихотиков первой и второй генерации в лечении шизофре-



С содокладчиком и участником тренинга из Санкт-Петербурга Марией Дорофейковой.

ком горизонте внутридисциплинарных связей – это и есть основная задача». Свое выступление профессор закончил пожеланиями успехов и привел слова Э.Крепелина, которые он сказал в конце своего научного пути в 1920 г.: «Нам пора отставить в сторону усилия упорядочить все психические болезни в четко определенные классификационные группы, а вместо того устремиться к более высокой и плодотворной цели понимания их глубокой внутренней структуры».

Конференция началась с лекции профессора Н.Н.Петровой на тему «Шаги к успеху в лечении шизофрении». В сообщении поднимались актуальные для современной психиатрии вопросы профилактики психозов, концепции продрома Карпендера, критериев ультравысокого риска развития психозов и этические аспекты терапии на допсихотической стадии. Приводились данные исследований о значении своевременности начала терапии, в частности, о том, что раннее вмешательство позволяет достичь качественных ремиссий в большем числе случаев. Лектор указал, что одной из целей совре-

нной диагностики и стратегии преодоления терапевтической резистентности, показания и тактика смены антипсихотиков, принципы поддерживающей терапии.

Доклад доцента кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Московского медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, кандидата медицинских наук А.В.Павличенко был посвящен критериям шизофрении в современных диагностических классификациях. Помимо обзора типологий шизофренических психозов в исторической ретроспективе и описаний классификаций Международной классификации болезней (МКБ)-9, 10 в сопоставлении с отечественной классификацией, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) III, IV, в сообщении были проанализированы в сравнительном аспекте критерии последней версии DSM V и ожидаемые изменения в МКБ-11. Среди общих инноваций DSM V были отмечены включение в диагностические критерии культуральных, возрастных и гендерных аспектов и новый принцип организации расстройств:



В зале конференции.

- а) спектр основан на внешних критериях (факторы риска, коморбидность), а не индивидуальных диагнозах;
- б) линейная структура, отражающая связь между расстройствами (шизофрения–биполярные–депрессивные–аутистические расстройства);
- в) объединение на основе достижений нейронаук;
- г) дифференциация расстройств интернализации и экстернализации.

Лектор обратил внимание на основные нововведения главы DSM V о психотических расстройствах:

- а) изменение порядка расположения расстройств (от наименее к наиболее тяжелым);
- б) замена типов шизофрении на дименсии;
- в) введение в главу аттенуированного психотического синдрома;
- г) модификация критериев шизоаффективного расстройства;
- д) введение шизотипического расстройства;
- е) выделение категории «кататоническое расстройство БДУ». Психотические расстройства распределились между 12 рубриками.

По материалам проекта МКБ-11 шизофрения занимает рубрику F1, и экспертами уточняется линейная структура психотических расстройств [4-й уровень (динамика с вариантами первого эпизода, множественных эпизодов, непрерывного течения, и этапами острого эпизода, частичной и полной ремиссии, 5-й уровень (дименсии – позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные, психомоторные, когнитивные симптомы с оценкой степеней тяжести), 6-й уровень (функциональное снижение), 7-й уровень (когнитивное снижение)]. В проекте критериев шизофрении – определение как минимум двух из следующих признаков (один из которых должен быть из перечня а–г), которые должны присутствовать большую часть времени на протяжении 1 мес и более:

- а) стойкий бред (например, бред величия, бред отношения, бред преследования);
- б) повторяющиеся галлюцинации (преимущественно слуховые, хотя они могут быть любой сенсорной модальности);

- в) дезорганизованное мышление (нарушения формального мышления), например, резонерство и разорванность ассоциаций, бессвязная речь, неологизмы, при тяжелой степени выраженности – «словесная окрошка»;
- г) ощущения воздействия, овладения или контроля (например, ощущение, что мысли не принадлежат человеку, а вкладываются или отнимаются другими, или что мысли транслируются другим лицам);
- д) негативные симптомы, такие как эмоциональное уплощение, алогичность или обеднение речи, абulia, социальная отгороженность или ангедония;
- е) грубо дезорганизованное поведение, которое может быть замечено при любой форме целенаправленной деятельности (например, непредсказуемые и неуместные эмоциональные реакции или поведение, которое является нелепым или бессмысленным);
- ж) психомоторные нарушения, такие как кататоническое возбуждение, застывание, восковая гибкость, негативизм, мутизм или ступор.

Среди основных изменений диагностики шизофрении в МКБ-11 ожидают уменьшение значения симптомов первого ранга как лишенных диагностической специфичности, часто встречающихся на ранних этапах развития разных психозов; удаление клинических типов (нестабильно во времени, имеют незначительную прогностическую ценность и не прослеживаются в поколениях), введение дименсий, включение спецификатора «течение заболевания». Данные изменения, по мнению А.В.Павличенко, способны сделать диагностику шизофрении более индивидуализированной.

Внимание участников привлекло сообщение сотрудника кафедры психиатрии и наркологии СПбГУ М.В.Дорофейковой «Нейрокогнитивный дефицит при шизофрении». Докладчик определила актуальность темы, отметив, что нейрокогнитивный дефицит является третьей ключевой группой симптомов шизофрении, наряду с позитивными и негативными симптомами, а также то, что до

94% больных шизофренией имеют нейрокогнитивный дефицит, который появляется уже на ранних стадиях заболевания, сохраняется в ремиссии и определяет возможности социального функционирования больных. Было обозначено, что нейрокогнитивные расстройства и социально-когнитивный дефицит коррелируют с эффективностью реабилитации. Освещались темы наличия нарушений когнитивных функций у больных в доманифестном периоде и у здоровых родственников, в том числе первой степени родства, что свидетельствует в пользу генетической теории шизофрении, нейрокогнитивных фенотипов (сохраненный и дефицитарный), нейробиологических субстратов когнитивных нарушений (в том числе префронтальной коры, отвечающей за когнитивный контроль, гибкость и рабочую память), а также вопросы прогностической значимости когнитивных нарушений (снижения рабочей памяти, внимания, вербальной беглости) для оценки частоты и степени риска развития шизофренического психоза. Были представлены результаты собственных исследований когнитивного профиля больных шизофренией. Была выделена роль дофамина и глутамата как модуляторов когнитивных процессов, отмечено влияние антихолинэргических препаратов на когнитивные функции, описаны эффекты введения NMDA-антагонистов и моделирования шизофрении на лабораторных животных (модели нарушения развития, фармакологические, генетические, основанные на разрушении структур мозга). Докладчик сделала заключение о том, что большие шизофренией характеризуются значительным разнообразием тяжести нарушений в сфере исполнительских функций, планирования, кратковременной и долговременной зрительно-моторной памяти при преимущественной сохранности конструктивного праксиса, а также выраженным нарушением слухоречевой, рабочей памяти, снижением темпа работоспособности и активного внимания. «Когнитивные нарушения имеют многофакторный характер, являются преградой для социальной реабилитации пациентов, поэтому их изучение и поиск подходов к коррекции представляются важными научными задачами персонифицированной психиатрии и нейронауки в целом».

Завершал программу конференции доклад ассистента кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии СамГМУ, кандидата медицинских наук Д.А.Смирновой «Проблема расстройства мышления и речи при шизофрении». Было отмечено, что литературные источники по расстройству мышления традиционно объединяют концепции расстройств

мышления и расстройств языка, однако так или иначе продуктивное мышление с дезорганизованной непонятной речью считается абсолютным предиктором нарушенной адаптации в области социального и профессионального функционирования больных шизофренией. В лекции был представлен обзор развития концепций нарушения мышления и языка при шизофрении, начиная с психопатологических описаний Э.Крепелина («неправильная речь пациентов с шизофренией выражается в соскальзываниях и бессвязности в “потоке мыслей”», 1919) и Е.Блейлера («Нарушения мышления, отражающиеся в речи, как отсутствие или ослабление связей между отдельными мыслями и их разнонаправленность», 1911), психологического подхода в рамках 18-пунктовой Шкалы нарушений мышления, языка и коммуникаций Н.Андреасен (обеднение речи, обеднение содержания речи, ответы по касательной, блокировка, соскальзывания, неологизмы, ассоциации по созвучию, бессвязности и др., 1979), появления и редакции языкового критерия шизофрении в пересмотрах классификаций DSM и МКБ, последовательного развития психологического инструментария для оценки формального расстройства мышления и разных групп языковых нарушений и заканчивая узкоспециализированными лингвистическими исследованиями. В докладе также были озвучены принципы и свойства нормальной речи (спонтанность высказываний, беглая свободная речь, поочередное участие в диалоге без монополизирования разговора, концентрация на обоюдно интересующей теме, понимание собеседника, наполненность смыслом и конгруэнтное невербальное, мимическое сопровождение) с соответствующей способностью здоровых, в отличие от больных шизофренией, усваивать план прагматики – правильно пользоваться и понимать языковые знаки. Кроме того, были разобраны группы симптомов при нарушениях артикуляции (дизартрия, заикание и др.), речевого производства (речевой напор, стереотипии и др.) и организации речи (мимико-ответы, расплывчатость ассоциаций и др.).

Было подчеркнуто, что большая часть лингвистических исследований подтверждает факт того, что ключевые причины искаженных высказываний при шизофрении заключаются в аномальной семантике – зоне функционального развития и искажения значений слов. К таким проявлениям относятся, например, нарушенная семантическая беглость, нарушенная семантическая активация (гипер- и гипозаполнение) и нарушенное использование контекста, трудности в обнаружении семантических противоречий в предложе-



Вручение сертификата участнику из Волгограда Юрию Осадшему.

ниях, повышенная семантическая активация на первых стадиях произнесения слов, семантические ошибки и др. В докладе были представлены результаты собственного исследования по изучению роли языка в патогенезе шизофрении, которые показали, что компенсация речевой беглости у билингвов с шизофренией (русских мигрантов в Израиле) за счет ресурса знания второго языка свидетельствует о способности и заинтересованности пациентов сохранять коммуникативный дискурс. Изучение нарушений мышления и речи является важным не только в связи с теоретическими исследованиями этиопатогенеза расстройства, но и потому, что одним из направлений терапии шизофрении могут стать разнообразные языковые техники в структуре когнитивных психотерапевтических интервенций.

Конференцию, которая была официально аккредитована Министерством здравоохранения Самарской области, посетили 60 специалистов.

Целью продолжившего программу мероприятия тренинга явилось обучение врачей-психиатров и клинических психологов из состава СМУ РОП применению ДИП для последующего участия в исследовании по апробации и валидации его русскоязычной версии (обучение исследовательской группы). Тренинг состоял из вводной ключевой лекции по руководству применения ДИП. В частности, были обозначены преимущества ДИП, которое представляет собой полуструктурированное клиническое интервью для диагностики психотических и аффективных расстройств, а также коморбидных расстройств со злоупотреблением или зависимостью от психоактивных веществ. Первоначально ДИП было разработано для Австралийского национального исследования психического здоровья и в последующем отредактировано в нескольких версиях. Интервью объединяет в себе элементы клинического интервью (Всемирная организация здравоохранения) для оценки нейропсихиатрических заболеваний (SCAN) и контент Перечня операциональных

критериев для диагностики психотических заболеваний (OPCRIT, McGuffinetal, 1991). Межрейтерская надежность в австралийском исследовании заболеваний с низкой распространенностью продемонстрировала показатель карра ~0,73 для диагнозов МКБ-10. К настоящему времени около 5 тыс. психиатрических пациентов в Австралии и за рубежом были проинтервьюированы с использованием ДИП. Интервью переведено на итальянский, греческий, французский, норвежский, болгарский, индонезийский, монгольский, а теперь и русский язык (А.Жабленски, Д.А.Смирнова, А.В.Павличенко и соавт., 2015). В настоящее время ДИП применяется во многих крупных клинических и эпидемиологических исследованиях психотических заболеваний. По сравнению с другими шкалами и опросниками представляет собой не перечень симптомов, а интервью, которое предусматривает клиническую оценку при определении большинства пунктов, включая наличие и продолжительность симптомов и признаков, и позволяет дать более тонкую и глубокую психопатологическую оценку состояния.

Ведущие тренинга А.В.Павличенко и Д.А.Смирнова подробно разбирали особенности оценки 97 пунктов ДИП и примеры квалификации состояний с применением ДИП на основе клинических задач. Важной характеристикой тренинга, прошедшего в доброжелательной коллегиальной атмосфере, была возможность постоянного и подробного обсуждения спорных и сложных аспектов оценок. Видеоинтервью для клинических разборов и моделирования ситуаций рейтингования были предоставлены из материалов базы данных Исследования семей больных шизофренией Западной Австралии (WAFSS). В интерактивном формате разбирались клинические случаи острого транзиторного психотического расстройства и шизофрении, диагностированных у австралийских больных. После завершения тренинга специалисты получили сертификаты от Центра клинических исследований нейропсихиатрии и РОП. ■

Полный adherence, или Sovkov compliance



ЭШ 2015

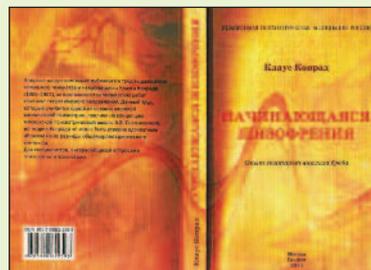
Новые книги

В издательстве «Грифон» вышли книги по психиатрии (см. фото). Стоимость одной книги 400 руб. + почтовые расходы – 300 руб. Заявки принимаются по адресу НПА: npa.info@gmail.com

Для доставки книг почтой России необходимо указать свой полный почтовый адрес и фамилию, имя, отчество.

Если вы находитесь в Москве, то можете приобрести книги сами, без почтовых расходов, в офисе НПА, заранее согласовав по телефону.

Независимая психиатрическая ассоциация России.
Тел.: 8 (495) 625-06-20



ВПА

Международный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации в Тайбее

18–22 ноября 2015 г. в Тайбее (Тайвань) прошел очередной Международный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) «Мост между Азией и остальным миром – новая эра терапии в психиатрии». Конгресс собрал 2149 участников из 55 стран, которые представили 9 ключевых лекций по актуальным проблемам психического здоровья, 12 пленарных лекций обзорного характера, 8 специальных лекций; прошли 107 разных симпозиумов, 3 сателлитных симпозиума. Кроме того, участники ознакомились с 502 постерами; 22 компании продемонстрировали на выставке свою продукцию. Наша страна была представлена докладом вице-президента Российского общества психиатров

профессора П.В.Морозова «Российская психиатрия – пути развития». Это было первое выступление отечественного психиатра на Тайване. Подробнее о конгрессе на сайте: www.wpaic2015.tw.

Состоялось также совместное заседание Исполкома и Правления ВПА; 21 ноября прошло заседание Правления ВПА, на котором обсуждались планы работы 18 представителей ВПА в разных регионах мира, были внесены конкретные предложения по изменению общего плана работы организации. Избранный единогласно председателем заседания Правления ВПА профессор П.В.Морозов доложил на следующий день президенту ВПА профессору Д.Бутра (Великобритания) решения Правления ассоциации. ■



Правление ВПА и Генеральный секретарь ВПА Р.Калливайалил (Индия; второй справа).