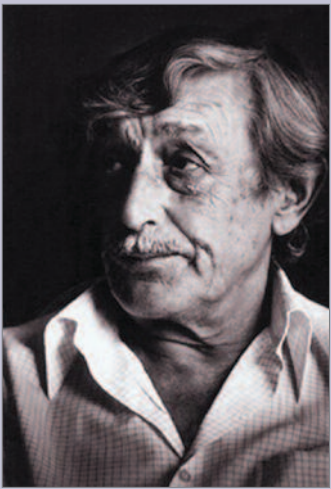




К 110-летию А.В.Снежневского



Виктор Некрасов



Медаль Крепелина-Альцгеймера



Молодые лица нашей психиатрии

Слово редактора

Весна тревоги нашей...

Весна – время надежд. Но весна – это и время тревог. Об этом хорошо знают люди нашей профессии. Так уж случилось, что на этот период времени пришлось и определенные экономические трудности, падение курса рубля, политическая поляризация сил в мире, перестройка в управлении отечественной наукой и медициной, в частности упразднение РАМН, и много других процессов, которые и вызывают объяснимую тревогу у многих людей. Безусловно, безоблачной жизни не бывает, но искренне хотелось бы, чтобы тревог было меньше, а надежд – больше и ничто не мешало бы исполнять свой профессиональный долг.

И еще. Этой весной мы будем традиционно отмечать наш общий праздник – День Победы, память переместит нас в те тревожные годы. В начале мая исполнится 110 лет выдающемуся отечественному психиатру – Андрею Владимировичу Снежневскому. «Дневник психиатра» готовится к этой славной годовщине давно – и сейчас вас ждут интересные материалы о юбиляре.

Встречайте наш очередной номер с надеждой узнать что-то новое, и пусть тревоги минуют нас.

Профессор П.В.Морозов, главный редактор

Интервью

Психиатрию нельзя выдумать из головы и из учебников

Интервью с академиком Анатолием Болеславовичем Смулевичем
К 110-летию А.В.Снежневского

А.Б.Смулевич: Перед началом интервью я хотел бы отметить две вещи: во-первых, я бы не хотел говорить о А.В.Снежневском в бытовом плане, потому что я считаю, что о великих людях бытовые подробности не имеют большого значения; второй аспект – я бы не хотел говорить о его отношении ко мне. Объясню: во-первых, потому что на самом деле я этого не знаю до сих пор, единственное, о чем я могу догадаться, это то, что он меня терпел и я ему был полезен, поскольку 20 лет мы проработали вместе каждый день и, очевидно, какая-то нужда во мне была. Вот это такие предварительные соображения.

П.В.Морозов: Я с Вами согласен, я недавно на лекции цитировал Пушкина, который писал Вяземскому по поводу публикаций дневников Байрона; он говорил, что этого совершенно не надо было делать, бытовые подробности интересуют только обывателей. Анатолий Болеславович, мне интересно, когда Вы впервые увидели Андрея Владимировича Снежневского и какие были Ваши первые впечатления?

А.С.: Это было так. Когда я окончил институт (это было в 1955 г.), я очень хотел к нему попасть, я был ориентирован в психиатрических делах, моя мать была психиатром, но не получилось сразу по целому ряду обстоятельств, и я уехал в боль-

ницу имени Яковенко под Москвой. Там я проработал 2 или 2,5 года, и когда у меня возникла возможность опять попробовать попасть к Снежневскому, я уже не помню, кто договаривал-

Продолжение на стр. 2



А.Б.Смулевич и А.В.Снежневский

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. 2014 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.Шадринский

«МедиаМентика»
Директор: Т.Л.Скоробогат
Менеджер по рекламе: НА.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 допускается без размещения знака информационной продукции.

Начало на стр. 1

ся, я приехал на территорию больницы имени Ганнушкина. Я помню, что мы с ним разговаривали во дворе, я ему сказал, что я хочу заниматься наукой, а он сказал мне, что не мешало бы подучиться прежде, и дал мне свой домашний телефон – «можете мне позвонить», это был такой жест доброй воли, и надо признаться, что я решил позвонить ему домой только через 20 лет.

П.М.: Впечатления у Вас были положительные?

А.С.: Безусловно, они не могли быть неположительными, потому что я к нему стремился попасть, это была одна единственная страсть. Я еще добавлю к этому: мое стремление к нему попасть поддерживали не только психи-

Он очень любил театр, он разбирался в этом. Я помню, когда Американский драматический театр приехал впервые в Россию и мы ему достали билет, он был совершенно счастлив и был в восторге. Так что это у него все было.

П.М.: Я помню, как в 1955 г., где-то в декабре месяце, приехал английский театр и привозил «Гамлета» с Полом Скофилдом в главной роли. И он тоже ходил туда, как и к Высоцкому на Таганку. Но вернемся к основной профессии. Вы с ним провели ведь огромное количество времени, лет...

А.С.: Ну, считайте одну четверть своей жизни, если не больше.

П.М.: На амбулаторном приеме ведь это практически наедине, он приходил, насколько я помню, раньше 8 часов утра, и вы сади-

того, ведь у нас же были лекарства для испытания, он всем давал, причем это могли быть диссидентские разные, которые лишились работы, он даже мог похлопотать за них по этому поводу, были люди, которые приезжали к нему и у которых когда-то он проводил экспертизу в институте Сербского. Вот я помню этого больного, у которого он установил (что потом подтвердилось) диагноз «шизофрения и галлюциноз», его экскюльпировали, и тот к нему приезжал после этого много раз. Так что у него были больные, которые ходили к нему много раз, и я так понимаю, что это было абсолютно безвозмездно, бескорыстно, и он целиком этому отдавался, он делал для них все что мог. Еще насчет амбулаторного приема: он, конечно (теперь я понимаю с высоты лет, что это не чудо, но все-таки): он угадывал просто от дверной ручки состояние больного. Был такой эпизод, что пришел больной и у него была выписка на руках, но он попросил не читать ее, потому что ему было проще поговорить с больным.

П.М.: То есть такой высочайший клинический уровень. Ну вот, все-таки 20 лет бок о бок, как бы там ни было. Вы можете, если это возможно, конечно, сказать, что это был за человек, скажем так, по характеру, по пристрастиям, по особенностям каким-то личности?

А.С.: Это вопрос, на который я бы не взялся отвечать.

П.М.: Даже сейчас?

А.С.: Я об этом много думал: это был очень сложный человек, если говорить словами Кречмера – есть глубина, а есть поверхность, насчет глубины угадать это было очень сложно, и вообще с ним разговаривать было всегда сложно, потому что не поймешь, насколько он...

П.М.: ...искренен?

А.С.: Даже не в этом дело, ему было важно, насколько ты адекватно говоришь или неадекватно. Но иногда с ним в промежутки между больными и по дороге можно было обсуждать абсолютно сложные психопатологические вопросы. Вы знаете, есть немного психиатров, с которыми можно обсуждать психопатологию, вот с ним это было совершенное удовольствие.

П.М.: Анатолий Болеславович, вопрос, который меня лично волнует, потому что я работал какое-то время с Вами и видел, как он обсуждал вопросы почти экспертного характера. Скажем, я помню, как он говорил о так называемой двойной бухгалтерии, что, дескать, мы понимаем, что это большой шизофренией, но вот даже ради его реабилитации ему нельзя ставить МДП или ремиссию, или интермиссию, чтобы он мог поехать в какую-нибудь Венгрию на 2 недели. Меня это покорило тогда. Все-таки что в нем преобладало: жесткость непреодолимая по отношению к больным или, как Вы сказали, он

был гуманен, старался реабилитировать пациентов и диссидентов среди них?

А.С.: С больными он был абсолютно гуманен, причем более того, если он замечал, что другой врач был не гуманен, это был бы крупный скандал и тот мог лишиться места.

П.М.: Даже так?

А.С.: Безусловно, так что какое-то небрежное отношение к больным у него вызывало резко негативную реакцию. Что касается двойной бухгалтерии, то могу сказать так, что Снежневский был истина в последней инстанции. Ведь тогда, чтобы поехать за границу, надо было иметь хорошие связи и с психиатрами, и так далее и тому подобное. Например, какой-нибудь дипкурьер напился и у него возник психоз, и его куда больше не пускают, он пробивается к Снежневскому, тот ему подписывает, и все нормально.

П.М.: Это преобладало, да?

А.С.: Это он делал, причем он брал ответственность на себя, он этого не боялся.

П.М.: То есть все-таки это доминировало?

А.С.: Да почти ничего такого не боялся, что связано с больными, я имею в виду.

П.М.: То есть для него это было все-таки самое такое главное...

А.С.: Нет, самым главным для него была наука и, проще говоря, шизофрения.

П.М.: Сейчас мы до этого дойдем.

А.С.: Но отношение с больными для него было очень важно.

П.М.: Такой вопрос, я это от Виктора Михайловича слышал: на беседе с Ильиным, который стрелял якобы в космонавтов, на самом деле в Брежнева, удивило, что он очень жестко говорил с ним, это была тоже такая поза для авторитета, для властей?



В те годы, когда мы работали под началом Андрея Владимировича. Фото Хуана Меззича.

атры, которые, ну, скажем, были нейтральны, но даже те, кто находились к нему в оппозиции по целому ряду вопросов, они мне тоже советовали идти учиться к нему.

П.М.: То есть «побей, но выучи», так сказать. Это не обывательская деталь, но все говорят, что Андрей Владимирович в юности стремился быть артистом и даже занимался в театральном кружке, у него была к этому склонность, но это ведь не проявлялось очень отчетливо, что он играл?

А.С.: Петр Викторович, для понимающего человека это проявлялось очень отчетливо, во-первых, вот вам пример, как он читал лекции: у неопытного человека или курсанта создавалось впечатление, что все это он только что придумал, во всяком случае, что это только что у него в голове появилось. Это была замечательная история, меня впечатлило, потом я понял эту игру. Вот он читает симптоматические психозы при брюшном тифе, еще при чем-то, потом говорит курсантам: пожалуйста, спрашивайте меня про любую болезнь, и я расскажу психические проявления. Но для этого нужно было знать экзогенные типы реакций, чтобы понять, что там все одно и то же, никто же не знал, а это так впечатляло; потом он брался рукой за голову... Это одно, но тут много чего другого можно добавить в смысле театральном.

лись и смотрели многих, многих больных. Ну ведь это должно, во-первых, очень сильно сблизать, и вы научились понимать, так сказать, друг друга, ведь так?

А.С.: Ну в общем да.

П.М.: ...И многому научились.

А.С.: Я-то работал, так сказать, магнитофоном.

П.М. (смеется): Получился качественный магнитофон, судя по всему. Вы все-таки академик. Но я вот хочу спросить: что наиболее запомнилось в его отношениях с больными, как он их разбирал, что на Вас производило наибольшее впечатление, может быть, какие-то вещи очень запомнились, все-таки что его отличало?

А.С.: Ну, во-первых, он не разбирал со мной больных на амбулаторном приеме, потому что за утро, за час с лишним он принимал около 20 больных. Во всяком случае за утро могло проскочить около 20 больных, были повторные или те, которых он уже где-то видел. Было много больных, и о разборе речи не было.

Это была работа, а не учебный процесс, но у него было удивительное свойство, у Андрея Владимировича: во-первых, он принимал больных без разбора, другое дело, что появлялись больные откуда-то с верхов и так далее, ну в принципе к нему мог подойти любой, и он лечил абсолютно безвозмездно, как я это видел. Больше



А.Б.Смулевич и А.В.Снежневский

А.С.: Я понимаю, я был вне этих дел, ну вот одно могу сказать точно: он любил больных, но не любил параноиков.

П.М.: Параноиков не любил? Ага, вот это интересно.

А.С.: Среди его больных, которые к нему ходили, параноиков практически не было. Я для себя это отметил.

П.М.: Ну вот это мне тоже снимает некоторые вопросы прошлых лет. Может быть (частный, конечно, вопрос), я вот о чем хотел Вас спросить: Вы последователь учения Андрея Владимировича Снежневского, и вот сейчас почти 25 лет прошло, даже больше, чтобы оценить его значение, роль его в мировой психиатрии, что Вы бы главное выделили?

А.С.: Это выглядит таким образом, что, во-первых, он был ученый своего времени, своей эпохи, поэтому оценивать сейчас вот, что он тогда сделал, — это не совсем правильно, тогда это было совершенно передовое направление. Он изучал закономерности течения шизофрении, а поскольку он шизофрению понимал

П.М.: Я здесь разделяю с Вами мнение. Хорошо, тогда чуть-чуть вернемся назад. Вопрос: я знаю, что он очень был близок с другими психиатрами — С.В.Курашовым, О.В.Кербиковым...

А.С.: ...С.Я.Жислиным.

П.М.: С Курашовым они жили в одном доме, они решали практически все проблемы медицины, когда Курашов был министром.

А.С.: Медицины не знаю, но психиатрии...

П.М.: Психиатрии, да.

А.С.: В психиатрии очень многое, по-моему.

П.М.: Вот я тогда еще хочу Вас спросить: Вы действительно с ним четверть жизни проработали, можно ли говорить о какой-то эволюции научных взглядов Анд-

А.С. (удивленно): Абсолютно нет, я его вообще никогда ни разу не видел с орденами.

П.М.: Просто случайность?

А.С.: Я думаю, что это он просто забыл снять его (*смеется*).

П.М.: То есть это не был его жест такой, чтобы шокировать общественность?

А.С.: Нет.

П.М.: Ну ладно, мне просто любопытно Ваше мнение на эту тему.

А.С.: Он вообще не стремился к таким эффектам... Вот прочесть лекцию, вот там — да, или он мог сказать про одну психиатрессу, чтобы ее имя в его кабинете больше не произносить, это — да, он вообще своей одеждой не очень интересовался.

П.М.: Это да, я помню.

А.С.: Этого вообще не было при всей его артистичности, он этим не занимался.

П.М.: Анатолий Болеславович, как Вы считаете (Вы с ним очень тесно общались, разговаривали все-таки на многие темы), считаете ли Вы, что он был, скажем так, образованным человеком в широком понимании этого слова?

А.С.: Безусловно.

П.М.: Знал языки?

А.С.: Языки он знал пассивно, это было свойство его души, у него был психастенический радикал, если кто-то думает, что его не было, тот глубоко заблуждается, и поэтому начать говорить ему было трудно, но он немецкий знал, он мог посмотреть книжки на французском языке, он хорошо знал литературу.

П.М.: А что больше всего любил?

А.С.: Чехова, Хемингуэя, портрет Хемингуэя у него висел.

П.М.: Да, я помню.

А.С.: Он знал литературу, причем не для фишки, а для себя, для души, это все у него было.

П.М.: Вы не помните, были ли у него какие-нибудь пристрастия к живописи или музыке?

А.С.: Ну, насчет музыки от него я точно никогда не слышал; что касается живописи, я, когда у него бывал, у него было несколько хороших картин, но не более того. Он с увлечением мне рассказывал, что там изображено и какие характеры там, это он понимал, но насчет музыки ничего сказать не могу, ни разу не слышал.

П.М.: Хорошо, такой вопрос сложный потому, что Вы очень хорошо дали штрихи его характера. А вот политика, ведь он был человек своего времени, он каких политических взглядов внутри придерживался, кроме вот этой официальной доктрины, которую все хорошо знают?

А.С.: Понимаете, в этом вся сложность природы, опять же, я с ним в подробностях это никогда не обсуждал, мы не находились с ним в таких отношениях, чтобы он со мной хотел это обсуждать, может быть, это было из-за разницы в возрасте. В общем, он меня держал на приличной дистанции всегда, но вот это всех устраивало на самом деле. Как я понимаю, он

же был главным консультантом в 4-м Кремлевском управлении, он был вовлечен в такие дела, хотя то, что ему приписывали, что он здоровых признавал больными, — этого не было, это чистая клевета, но не в этом дело, он вполне высказывал левые взгляды.

П.М.: Оппозиционные?

А.С.: Я бы не сказал «оппозиционные», но как бы это сказать...

П.М.: Сталина он не любил — это правда?

А.С.: Сталина он не любил, он этого не скрывал.



Консультация академика.

П.М.: Он читал диссидентскую литературу?

А.С.: Читал — да, но не увлекался, и этим все ограничивалось.

П.М.: Известные лимиты такие, интересно.

А.С.: Я бы сказал так, что это не составляло содержание его жизни, весь этот политический невроз, у него была другая сверхценность, другая доминанта, и все свои связи он направлял именно на это, чтобы получить ставки, чтобы получить нужного сотрудника.

П.М.: Вопрос может быть связан непосредственно с политикой, в те достаточно суровые годы в плане национальной политики нашей родной коммунистической партии у него два заместителя были армянами, а все руководители отделов были либо евреями, либо греками, либо немцами или еще кем-то?

А.С.: Ну, не все.

П.М.: Ну, почти все.

А.С.: Шахматова, Елгазина, Жариков, Поляков, Монахов...

П.М.: То есть он не придавал этому значения?

А.С.: Нет, он придавал значение, как я это понимаю, естественно, он со мной это не обсуждал, но то, что придавал, это точно. Но ему нужна была наука, и если кто-то мог ее делать, он того брал.

П.М.: Ему нужны были умные люди, которые дают научную продукцию.

А.С.: Да, именно это доминировало.

П.М.: То есть он дитя все-таки такой партийной структуры, системы, при том что имел свободу



Портрет Э.Хемингуэя в кабинете А.В.Снежневского.

очень широко, то фактически это были закономерности течения почти всех эндогенных заболеваний. Это было совершенно оригинальное и серьезное направление, причем он задействовал эпидемиологию. Сейчас все немножко повернулось по-другому, вялотекущую шизофрению превратили в шизотипическое расстройство и т.д. Я думаю, это не конец его учения, потому что через некоторое время все вернется в свою колею, но это не будет простым повторением, а получит некое новое направление.

П.М.: Нельзя топтаться на одном месте, я понимаю.

А.С.: По этому поводу я должен сказать: есть такая Карен Хорни, если Вы слышали.

П.М.: Да.

А.С.: Она отошла от Фрейда и после этого уехала из Австрии в Чикаго. Она пишет в своей книге, что настоящий ученик и последователь не тот, который повторяет своего учителя, а который на этой основе идет дальше. Поэтому я думаю, что его учение будет, но оно будет выглядеть по-другому, но сам метод — он же остался.

рея Владимировича, предположим, в науке, может быть, даже в политике, потому что я знаю, что в конце своей жизни он сожалел о том, что произошло на этой Павловской сессии и так далее... Насколько это было искренне?

А.С.: Насчет этого я Вам должен сказать — у нас с ним отношения были таковы, что мы не могли с ним обсуждать Павловскую сессию.

П.М.: Ну, скажем, научные отношения, политику тогда оставляем.

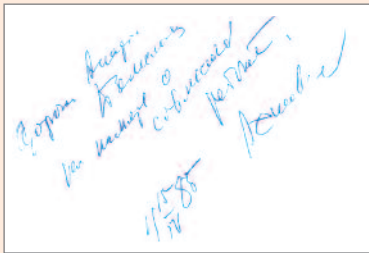
А.С.: Один раз мы с ним разговаривали о Гуревиче и о Шмарьяне, и то, что он себя в чем-то винил, я не почувствовал, ну а то, что он о них говорил с пониманием, это было.

П.М.: Я понял, ну вот некоторые такие его внешние проявления иногда удивляли. Скажем, известно его знаменитое появление в Академии медицинских наук после проведения экспертизы Ильина, когда он пришел на президиум со значком на лацкане «50 лет особым отделам КГБ», и, конечно, народ был крайне удивлен по меньшей мере... Это для него было характерно?

к определенной маневренности и добивался этого?

А.С.: Да, действительно, он имел эту маневренность, уж мне грех в этом отношении жаловаться, конечно.

П.М.: Анатолий Болеславович, вот красной нитью сквозь весь Ваш рассказ о Снежневском проходит основная мысль, на которую нельзя не обратить внимание,



«Дорогому Анатолию Болеславовичу на память о совместной работе. А.Снежневский. 15.04.1985 года». В день рождения А.Б.Смулевича.

что у него была одна любовь – это наука, которой он подчинял все, это была действительно для него и сверхценность в хорошем смысле этого слова, и всю свою деятельность он положил на это.

А.С.: Безусловно.

П.М.: И вот это достаточно редкое качество такого настоящего руководителя, и можно ли ему там за это, скажем, какие-то, может, не совсем правильные поступки простить и забыть?

А.С.: А я к этому так и отношусь, надо Вам сказать. Как бы это проще сказать: ему в вину ставят вот эту всю сессию...

П.М.: Павловскую.

А.С.: Но объективно он обеспечил прогресс науки.

П.М.: Этим самым...

А.С.: Ну так и есть, все-таки это не просто, что он тех скидывал и сел на их место, не в этом дело, а он обеспечил себе свое направление, которое доминировало следующие 50 лет.

П.М.: Но это ведь не Лысенко?

А.С.: Нет, Лысенко всех уничтожил.

П.М.: Ну вот я об этом, чтобы было ясно всем.

А.С.: Но это было, и этого не выкинуть, конечно, он вообще обладал большим административным ресурсом. Когда мы переехали на территорию больницы им. Кащенко (ныне им. Алексеева), когда он стал директором этого академического института, ведь он же сменил почти весь состав.

П.М.: Института?

А.С.: Да, весь состав он сменил, это не шуточки, ну как на это посмотреть, целый ряд заведомо ушли, одного он, кого мог, повысил, одного он отправил в Питер, другого на кафедру, кого не мог – выгнал, кто был помоложе, он тех отправил на цикл обучаться заново, при этом у него была армия как у Ивана Грозного...

П.М. (улыбаясь): ...«опричники»?

А.С.: Да, вроде меня мальчиков,

которые свято верили во все, что он делал.

П.М.: Вот это очень важный момент. Я хочу спросить об атмосфере, он был не просто диктатор, который там только подавлял и заставлял, он был таким вождем, который вел за собой людей, которые в это свято верили?

А.С.: У него была куча, можете называть их «вялыми фанатиками» вроде меня.

П.М. (смеется): Ну, Вы не похожи на вялого фанатика...

А.С.: Тем не менее для меня, на определенном отрезке жизни...

П.М.: ...кумир?

А.С.: И кумир, мозги мои работали только в этом направлении, и не я один был такой.

П.М.: Скажите, еще такой один вопрос, считайте личный: возвращаясь в эту эпоху, в которой Вы проработали вместе с ним, Вы не жалеете ни о чем, Вам это приятно вспомнить?

А.С.: Нет, я ни о чем не жалею, у меня был какой-то момент жизни, когда я работал в Яковенко, там материально хорошо у меня складывалось все, и вот в этот момент надо было решать – уходить ли на мизерную ставку старшего лаборанта. Вот тогда я решился, и я доволен, что я это сделал, потому что это был шаг в совершенно правильном направлении, я ни о чем не жалею, это естественно, но это была тяжелая жизнь, это я Вам должен сказать точно.

П.М.: Без этой тяжелой жизни Вы бы сейчас стали тем, кем стали?

А.С.: Я думаю, что она была тяжелой не только в этом.

П.М.: В моральном плане...

А.С.: Она была тяжелая в интерперсональных отношениях. Понимаю, что я стал тем, кем стал, только потому, что я 20 лет с ним сидел и работал «магнитофоном» и кое-чему научился, ведь он был очень крупный клиницист, но не он один, там вся кафедра была такая.

П.М.: Сильный очень коллектив...

А.С.: ...и Виктор Михайлович Морозов, и Р.А.Наджаров, и Г.А.Ротштейн, и Р.Е.Люстерник, так что было у кого поучиться, но непосредственно видеть, как он работает, как он угадывает все это, это конечно мне помогло, иначе откуда все берется, психиатрию нельзя выдумать из головы и из учебников.

П.М.: Это хорошее название для интервью – «психиатрию нельзя выдумать из головы или из учебников».

А.С.: Нет, нельзя.

П.М.: Мне было очень важно это понять, мне это важно донести до молодого поколения, потому что они очень многое не понимают, не знают.

А.С.: Как говорил Снежневский, «это слезы, кровь и пот», но что тут надо сказать, при этом он сам вкалывал.

П.М.: Не меньше других.

А.С.: Вот в чем весь вопрос, это не то, что «ты давай работай, а я поехал отдыхать», такого не было.

Еще один момент, о котором я хочу сказать, он все-таки был ориентирован на западную психиатрию.

П.М.: Все-таки?

А.С.: Конечно, на немецкую, естественно, он смотрел все журналы, все новые, которые приходили, он их все просматривал и даже указывал, кому что нужно читать, он был в курсе всего, что происходило, во всяком случае старался быть. И второе: он очень много работал над своим журналом.

П.М.: Вы знаете, я в этой связи хочу рассказать одну историю, которую сам знал и которая произвела на меня большое впечатление. В свое время, когда он опубликовал под своим началом первый двухтомник Руководства, там была глава об истории психиатрии, и Виктор Михайлович, уже тогда будучи на пенсии, написал совершенно разгромную рецензию на эту главу потому, что многое там было перепутано. Диана Дмитриевна Орловская, как редактор, взяла эту статью и сказала: «Там настолько ужасное обвинение в плане компетенции Вашей, что это опублико-



Могила А.В.Снежневского.

вать просто нельзя», и я был совершенно поражен, когда Снежневский сказал, что «обязательно надо печатать». То есть он не боялся критики абсолютно?

А.С.: Абсолютно.

П.М.: И понимал, если она оправдана, и он был готов признать ошибки.

А.С.: Совершенно точно, я Вам еще другой пример приведу: была какая-то конференция профессоров по поводу диагностики, там Случевский был и еще кто-то. И профессор Случевский ему говорит: «Вы ликвидировали парфрению, Вы ликвидировали паранойю и т.д.», – он прислушался.

П.М.: То есть вот так вот, несмотря на то, что оппонент принадлежал к ленинградской школе?

А.С.: Да, все равно прислушался.

П.М.: То есть в науке он был терпим к оппонентам?

А.С.: Нет.

П.М.: Тогда как?

А.С.: Это очень сложный вопрос, во-первых, кого считать оппонентами... Оппонентом у него

был профессор Чистович, а больше их не было...

П.М.: А внутри своего коллектива он прислушивался?

А.С.: Внутри коллектива это была очень сложная история, потому что несогласный должен был уходить.

П.М.: Ну да, т.е. все-таки диктатура существовала?

А.С.: Конечно, и я считаю, что для школы это необходимо.

П.М.: Чистота рядов?

А.С.: Если существует эта школа, то да, другое дело – научно-исследовательские институты, где один думает одно, другой как-то по-другому, так тоже может быть, а директор выполняет роль менеджера, это одно. А здесь совсем другое дело – школа.

П.М.: Анатолий Болеславович, что бы Вы хотели от себя добавить в качестве послесловия о Снежневском? То, что я не спросил, наверняка еще что-то есть...

А.С.: Я должен Вам сказать так по этому поводу: я мог бы многое сказать, но все эти мысли «многое сказать» пришли потом, уже когда я много лет проработал без него и шел своим путем, когда я работал с ним, у меня не было никаких...

П.М.: ...никаких своих мыслей, подавлял Вас, да?

А.С.: Мыслей критического направления не было, я был целиком поглощен и личностью, и учением.

П.М.: Что, наверное, естественно.

А.С.: Ну, сейчас естественно, с течением времени несколько все посмотрится по-другому, но тем не менее я считаю, что мне крупно повезло. У меня был длительный период отсутствия карьерного роста, я много лет сидел старшим научным сотрудником, будучи доктором наук, и мне предлагали разные варианты, но для меня это было абсолютно не обсуждаемо.

П.М.: Такая преданность, конечно, говорит о многом. Интересно очень, и мне приятно, что много из того, что Вы рассказали, хотя я работал и много меньше под руководством А.В.Снежневского и много дальше от него, чем Вы, но ощущения очень схожие. Вот это мне очень импонирует, вот эти воспоминания о нем, которые идут от самых разных его учеников, это говорит о том, что его имя было какое-то время не совсем правильно интерпретируемо...

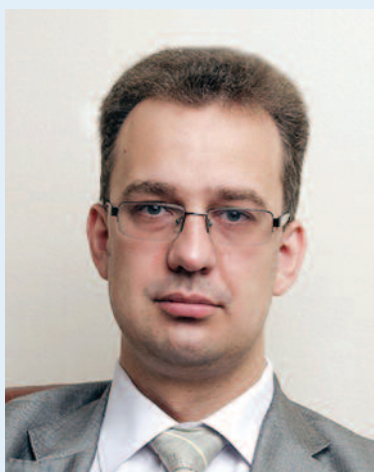
А.С.: Это вот все выдумки в моем представлении.

П.М.: И у меня никаких нет сомнений по этому поводу.

А.С.: Чтобы он поставил диагноз здоровому человеку – это полностью исключено.

П.М.: Ну для этого надо его знать как ученого. Мне очень приятно, что Вы создали истинный образ человека, абсолютно преданного науке, который не подвержен ничему, вот это самое главное. Спасибо Вам большое, извините, что Вас долго мучил. ■

Новые антипсихотики на горизонте: карипразин* – инновационный оригинальный препарат для лечения эндогенных психических расстройств



В.А.Медведев

П.В.Морозов¹, В.А.Медведев²
¹ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва
²ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов

Введение

Применение антипсихотических средств при лечении эндогенных психических заболеваний (шизофрения, БАР) сопряжено с проблемой их разнородности как с точки зрения эффективности, так и аспектов переносимости.

Карипразин – частичный агонист дофаминовых рецепторов D₃/D₂, с преимущественным воздействием на D₃-рецепторы.

Фармакодинамика и фармакокинетика

Наибольшее сродство карипразина in vitro установлено в отношении D₃-рецепторов дофамина человека (K_i=0,085 нМ), чуть меньшее – в отношении D_{2L} (K_i=0,49 нМ) и D_{2S} (K_i=0,69 нМ) подтипов D₂-рецепторов человека.

Карипразин также обладает высокой аффинностью к серотониновым рецепторам человека 5-HT_{2B} (K_i=0,58 нМ) [23], меньшей – к рецепторам человека 5-HT_{1A} (K_i=3 нМ) (действует как частичный агонист для данного рецеп-

тора, в то же время являясь антагонистом 5-HT_{2B}). Теоретически это может быть связано с благоприятным эффектом на негативные симптомы и когнитивную дисфункцию, что подтверждается результатами доклинических исследований.

В исследовании пациентов мужского пола с шизофренией пози-

тронно-эмиссионная томография фиксирует связывание препарата с дофаминовыми рецепторами D₂/D₃ в хвостатом и в прилежащем ядрах и в скорлупе. После 14 дней применения карипразина в дозировке 3 мг в день отмечается максимальное связывание (≥90%).

Продолжение на стр. 6

Рис. 1. Эффективность карипразина: динамика показателей шкалы PANSS при терапии карипразином (в различных дозировках) и плацебо в 6-недельных рандомизированных контролируемых исследованиях [5].

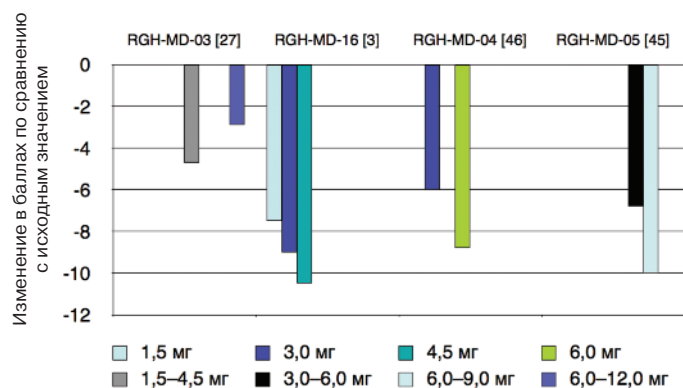


Таблица 1. Сравнение дизайна и результатов рандомизированных контролируемых исследований карипразина при терапии больных шизофренией

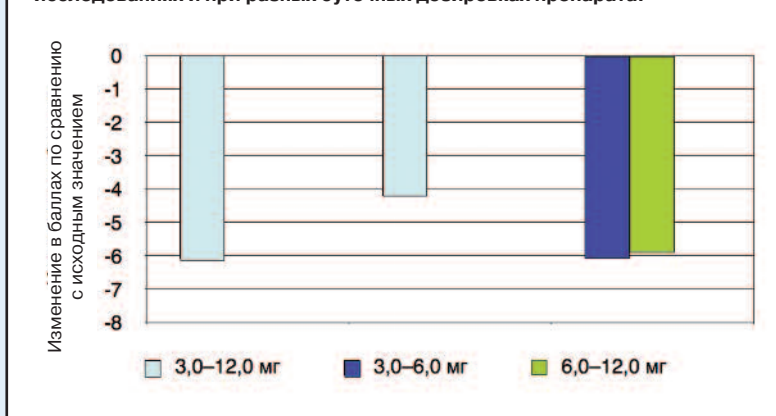
Исследование/показатель	RGH-MD-03 [27]	RGH-MD-16 [3, 50]	RGH-MD-04 [46]	RGH-MD-05 [45]
Критерии включения	Диагноз «шизофрения»			
	Текущий психотический эпизод продолжительностью До 4 недель		До 2 недель	
	Возраст 18–65 лет		Возраст 18–60 лет	
	80–120 баллов по PANSS			
	≥4 баллов по шкале CGI-S			
	3 недели лечения		Госпитализация во время скрининга и в первые 4 недели лечения	
	Количество пациентов	392	732	617
Средний возраст пациентов, лет	40–42	36–37	38–39	36–37
Мужской пол, %	76–83	64–73	62–64	75–78
Средний исходный балл по PANSS	94–96	97–98	96–97	96–97
Дозы карипразина (мг/сут)	4,5 или 12	1,5, 3 или 4,5	3 или 6	3–6 или 6–9
Группа сравнения (плацебо)	130	151	+	+
Активный контроль	Нет	Рisperидон 4,0 мг/сут	Арипипразол 10 мг/сут	Нет
Выбыли из исследования, %	46 во всех трех группах	36 (28–48 в разных группах)	33	39
Эффективность	Низкие дозы карипразина имеют номинальное статистическое превосходство над плацебо по подшкале негативных расстройств PANSS, начиная с 1-й недели и вплоть до окончания исследования	Карипразин достоверно эффективнее плацебо в отношении позитивной и негативной симптоматики шизофрении по шкале PANSS. Наиболее выраженное улучшение по каждому из критериев эффективности отмечается при терапии 4,5 мг/сут	Статистически значимое улучшение по PANSS в сравнении с плацебо отмечалось в каждой группе карипразина, начиная с 1-й недели (доза 6,0 мг/сут) и с 3-й недели (для дозы 3,0 мг/сут)	Карипразин достоверно эффективнее плацебо, начиная с 1-й недели для карипразина (6,0–9,0 мг/сут) и с 3-й недели для карипразина в дозе 3,0–6,0 мг в день

*Препарат не зарегистрирован в России.

Таблица 2. Сравнение дизайна и результатов рандомизированных исследований карипразина при терапии БАП

Исследование/показатель	RGH-MD-31 [24]	RGH-MD-32 [41]	RGH-MD-33 [44]	RGH-MD-52 [13, 49]	RGH-MD-56 [37, 50]
Статус пациента	Острая мания или смешанные эпизоды			Биполярная депрессия	
Продолжительность (недель)	3	3	3	8	8
Количество пациентов	238	312	497	233	600
Дозы карипразина (мг/сут)	3–12		3–6 или 6–12	0,25–0,75 или 1,5–3	0,75 или 1,5 или 3
Средний возраст (лет)	38–9	36–37	41–43	37–41	Окончательные данные отсутствуют, так как исследование продолжается
Мужчины, %	65–68	62–66	50–55	32–40	
Средний балл по YMRS	30–31	32	32	–	–
Средний балл по MADRS	–	–	–	25–33	Окончательные данные отсутствуют, так как исследование продолжается
Выбыли преждевременно, %	36–38	31–32	23–30	6,7–12	
Группа сравнения (плацебо)	120	154	161	+	+

Рис. 2. Эффективность карипразина: динамика среднего балла шкалы Янга (YMRS) в 3-недельных рандомизированных контролируемых исследованиях и при разных суточных дозировках препарата.



Начало на стр. 5

Максимальная концентрация карипразина натощак отмечается через 3–4 ч. Прием пищи незначительно замедляет процесс абсорбции препарата. Средний период полувыведения составляет 2–5 дней при диапазоне доз 1,5–12,5 мг.

Метаболизируется карипразин системой цитохрома P-450 (CYP3A4) и в меньшей степени – CYP2D6. После многократного приема наблюдается кумуляция карипразина и его метаболитов (дезметил-карипразин и дидезметил-карипразин) в плазме. Оба метаболита фармакологически активны и обладают сходным с карипразином рецепторным и фармакологическим профилем. Период полувыведения дидезметил-карипразина составляет 2–3 недели.

Карипразин при лечении шизофрении

Дизайн и результаты краткосрочных (до 6 недель) рандомизированных контролируемых исследований карипразина при лечении пациентов с шизофренией представлены в табл. 1 и на рис. 1.

Из представленных в табл. 1 и на рис. 1 данных очевидно, что во всех исследованиях лечение больных шизофренией различными дозами карипразина имеет статистическое превосходство над плацебо, за исключением группы с

минимальным числом испытуемых, получавших высокие дозы карипразина (6–12 мг в день) в исследовании RGH-MD-03.

Карипразин при лечении биполярного аффективного расстройства (БАП)

В рандомизированных исследованиях, направленных на изучение эффективности и переносимости карипразина у пациентов с БАП, препарат назначается длительностью от 3 до 8 недель. Основным критерием эффективности служит динамика общего балла по шкале мании Янга (YMRS). В табл. 2 для сравнения представлены дизайны исследований.

Согласно результатам исследований у всех пациентов, получавших карипразин в различных суточных дозировках, зарегистрировано статистически значимое улучшение состояния по сравнению с группами контроля (рис. 2).

Количество респондеров (снижение общего балла по шкале YMRS на 50% и более от исходного уровня) и пациентов ремиссии (не более 12 баллов по шкале YMRS) при приеме карипразина варьирует в исследованиях от 48% до 59% и от 42% до 52% соответственно. При этом оба показателя статистически достоверно отличаются от таковых в группах плацебо. При анализе отдельных пунктов шкалы YMRS карипразин также статистически превосходит плацебо по всем показателям.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о высокой эффективности карипразина как у больных шизофренией, так и у пациентов, страдающих БАП.

Безопасность и переносимость карипразина у больных шизофренией

Переносимость карипразина по результатам исследований может быть признана хорошей. Доля больных, выбывавших из исследований в связи с плохой переносимостью препарата, составляет 6–10,8%.

Наиболее частыми (частота 10% и более) НЯ, возникающими на фоне приема любой дозировки препарата, являются акатизия, бессонница и головная боль. Увеличение массы тела более 7% от исходного на фоне приема карипразина достоверно меньше, чем при приеме рисперидона.

Важно особо подчеркнуть, что клинически значимые метаболические изменения в уровне глюкозы крови натощак, липидов крови и пролактина, а также удлинение интервала QT_c (более 500 мс), изменение уровня артериального давления, офтальмологических нарушений на фоне приема карипразина по данным исследователей не наблюдаются, в отличие от многих других современных антипсихотиков последнего поколения.

При длительной терапии (48 недель) карипразином дисфункции печени не выявляются. Средний уровень пролактина снижается по сравнению с исходным значением. Значимые изменения массы тела (более 7% от исходного) носят разнонаправленный характер: у 33% пациентов отмечается увеличение веса, у 8% – уменьшение. В среднем масса тела увеличивается на 1,87 кг.

Заключение

Новый антипсихотик карипразин является частичным агонистом дофаминовых рецепторов, обладающим селективностью к дофаминовому рецептору D₃.

Получены данные об оправданности однократного в течение суток приема карипразина вне зависимости от потребления пищи. При этом наличие у препарата активного метаболита дидезметил-карипразина с периодом полувыведения 3 недели позволяет в дальнейшем исследовать разные режимы дозирования, например, прием препарата 1 раз в неделю.

В исследованиях эффективность карипразина в отношении симптомов шизофрении и БАП установлена для диапазона доз 1,5–9,0 мг в день, хорошая переносимость – для доз 1,5–12,0 мг в день. В то же время имеющиеся данные ограничиваются результатами краткосрочных исследований с ограниченными критериями включения/исключения, что препятствует обобщению данных. Представляется оправданным проведение дополнительных специализированных клинических исследований для оценки наличия прокогнитивных свойств у карипразина и/или его способности облегчать негативные симптомы у пациентов с шизофренией за счет воздействия на дофаминовый рецептор D₃ или серотониновый рецептор 5-HT_{1A}.

Клинически значимое негативное влияние карипразина на метаболические переменные, уровень пролактина и интервал QT отсутствует.

Таким образом, предварительные данные об эффективности и переносимости карипразина указывают на то, что препарат может быть использован для терапии взрослых больных шизофренией или БАП, для которых представляет проблему риск метаболических и сердечно-сосудистых нарушений, а также у пациентов, которым следует избегать увеличения массы тела.

Карипразин – находящийся на стадии регистрации атипичный антипсихотический препарат нового поколения для лечения шизофрении, биполярной мании и эпизодов смешанного характера. ■

Полный текст статьи вы можете найти в журнале им. П.Б.Ганнушкина, №1, 2014.



ГЕДЕОН РИХТЕР ПСИХИАТРИЯ
для комплайенса

АМДОАЛ

арипипразол



Возвращает жизни радость

Эффективная терапия шизофрении



ГЕДЕОН РИХТЕР

Почти 70 лет назад закончилась война и страна впервые праздновала День Победы. Солдаты возвращались домой. Среди них был и мой отец – Виктор Михайлович Морозов. Расставшись с моей матерью во время окружения под Вязьмой, он был взят в плен и несколько лет провел в Германии, в концлагере Штукенброк, был освобожден американцами. Путь домой был долгим, в Москву пускали не сразу. А.В.Снежневский работал вместе с отцом до войны. Узнав, что он жив, Андрей Владимирович пишет ему письмо в Тамбов, где тогда отцу разрешили работать. В этом коротком письме есть все – и слова поддержки и надежды, и критическая оценка ситуации, и краткая история советской психиатрии за 4 военных года.

П.В.Морозов

Д-ру Морозову Виктору Михайловичу от А.В.Снежневского



А.В.Снежневский и В.М.Морозов.

Дорогой Виктор Михайлович!

Вот как будто все и кончилось. И, удивительно, после всего пережитого – благополучно. Невольно становишься оптимистом, правда, в значительной степени унылым... Очень хочется Вас увидеть и как можно скорее.

Во всяком случае новый год встретим вместе... Нужно, чтобы была рождественская елка и цветные воздушные детские шары...

Нередко вспоминалось наше прощание – Ваша шляпа, туристический мешок и книжка Хемингуэя под мышкой...

Здесь перемен почти никаких, тот же «Серей»¹, все еще пишущий

свою диссертацию Роман², язвительная Нина Николаевна³, фюрер NN⁴, обтекаемый Посвянский. Олег⁵ «на кафедре» в Ярославле, Каплинский – в могиле, леди Макбет⁶ парализована, Гиляровский – академик. Ротштейн в армии – начальник ПЭГа⁷, подполковник и пр. и пр. базар, прежние цены на локализацию и патофизиологию поднялись еще выше... Все по-прежнему, только значительно скучнее.

Надо приложить все усилия – через Вашего отца⁸ и Серейского, чтобы Вам вернуться сюда – м.б. Рязанский⁹ этап даже лишний?

Пишите
Обнимаю
А.Снежневский



В.М.Морозов выступает на 70-летнем юбилее А.В.Снежневского.

Привет от Александры Михайловны¹⁰, Лидии Михайловны и Самуила Григорьевича¹¹.

А Кронфельда тоже нет. Как говорится «ушел он в мир иной»... с помощью веронала.

8/XI-45

Комментарии и пояснения

¹М.Я.Серейский.

²Р.Е.Люстерник.

³Н.Н.Евглова.

⁴Фамилия опущена по этическим соображениям.

⁵О.В.Кербинов.

⁶Неустановленное лицо.

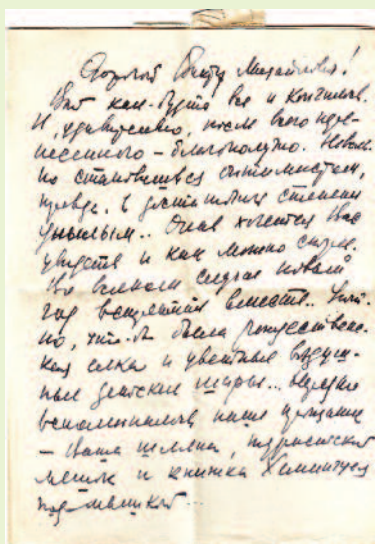
⁷Полевой эвакогоспиталь (ПЭГ).

⁸Академик АМН М.А.Морозов, вирусолог.

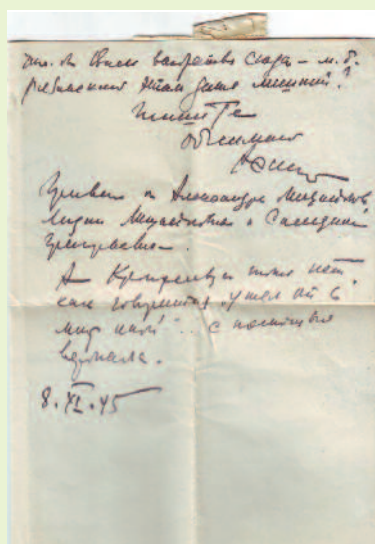
⁹Предполагалось перевести В.М.Морозова из Тамбова сначала в Рязань, а уже затем – в Москву.

¹⁰Супруга А.В.Снежневского.

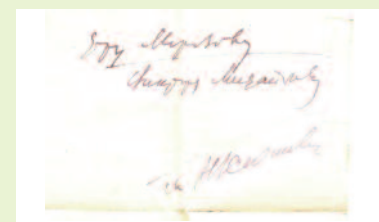
¹¹С.Г.Жислин. ■



Письмо А.В.Снежневского В.М.Морозову.



Э.Хемингуэй – любимый писатель А.В.Снежневского и В.М.Морозова.



Письмо А.В.Снежневского В.М.Морозову.

Из первых рук

Что такое импакт-фактор и индекс Хирша



И.А.Мартынихин
Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. акад. И.П.Павлова

В конце года научные и образовательные учреждения и их подразделения традиционно готовят отчеты о научной работе. В последние годы все большее значение в научных отчетах, готовящихся по формам Министерства, стали уделять **Импакт-факторам** изданий, в которых публиковались научные работы сотрудников, и **индексам Хирша** самих сотрудников учреждений.

Импакт-фактор – фактор воздействия, важности издания в научном мире. Определяется как

отношение цитирований статей того или иного журнала за определенный период времени к числу статей в данном журнале за этот же период. Подробнее см. в Википедии.

В нашей стране расчетом Российского Индекса Научного Цитирования (РИНЦ) занимается электронная научная библиотека elibrary.ru.

Согласно РИНЦ рейтинг **отечественных психиатрических журналов** на данный период времени выглядит следующим образом:

Анализируя приведенные данные, можно отметить:

1. Импакт-фактор (а значит цитирование) статей в отечественных изданиях значительно ниже, чем в англоязычных журналах (например, топ-40 англоязычных журналов по психиатрии), многие статьи в наших журналах совсем не цитируются (собственно об этом свидетельствует то, что импакт-фактор для всех журналов значительно меньше 1), в том числе и в русских публикациях.



2. Существует достаточно большой разброс в значениях импакт-фактора. Если, как это планируется, и впредь научные отчеты учреждений будут оцениваться не только по количеству публикаций, но и по среднему значению импакт-факторов изданий, где опубликованы эти статьи, этот показатель для авторов, подающих свою работу для публикации, будет иметь все большее значение при выборе журнала.
3. Очевидно, что включение издания в перечень ВАК пока напрямую не связано с импакт-фак-

тором издания. Что отчасти может свидетельствовать о произвольности составления перечня ВАК и, возможно, того, что в скором времени Правительство, ориентируясь на антикоррупционные законы, будет менять принцип формирования перечня ВАК.

4. Необходимо отметить, что существовавшая в прежние годы проблема неточности импакт-фактора, связанная с тем, что не все выпуски журналов были загружены в базу РИНЦ, в настоя-

Продолжение на стр. 10

Рейтинг отечественных психиатрических журналов по данным РИНЦ

№№	Журнал	Пятилетний импакт-фактор в 2012 г. без самоцитирования	Выпусков в базе РИНЦ	Статей в базе РИНЦ	Количество цитирований в базе РИНЦ	Журнал из перечня ВАК	Количество выпусков в год	Представленность в Интернете	Процент выпусков за 5 лет, включенных в базу РИНЦ	Тираж
1	Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова	0,716	272	2452	15 814	Да	12	Полнотекстовые статьи свежих выпусков – на сайте издательства для подписчиков, более года – для всех пользователей	100	
2	Журнал им. П.Б.Ганнушкина «Психиатрия и психофармакотерапия»	0,435	70	715	3104	Да	6	Полнотекстовые статьи доступны на сайте издательства	100	30 000
3	Вопросы наркологии	0,392	93	946	2685	Да	6	Сайты журнала содержат отдельные полнотекстовые выпуски	100	1000
4	Социальная и клиническая психиатрия	0,375	73	847	3264	Да	4	Полнотекстовые статьи на сайте РОП	100	3000
5	Наркология	0,325	106	1219	2588	Да	12	Абстракты статей на сайте наркотики.ру	100	1000
6	Психические расстройства в общей медицине	0,268	24	322	334	Да	4	Полнотекстовые статьи доступны на сайте издательства	100	20 000
7	Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева	0,249	27	452	1142	Да	4	Полнотекстовые статьи на сайте РОП	100	3000
8	Психиатрия	0,247	46	668	553	Да	2 (нерегулярно)	Полная версия на сайте НЦПЗ	100	2000
9	Российский психиатрический журнал	0,239	60	733	1877	Да	6	Абстракты статей на сайте издательства	100	
10	Психофармакология и биологическая наркология	0,188	23	331	359	Нет	2 (нерегулярно)	На сайте журнала	80	550
11	Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика	0,164	19	301	114	Да	4	Полнотекстовые статьи на сайте eLibrary	80	
12	Вестник психотерапии	0,16	36	602	368	Да	4	Полнотекстовые статьи на сайте МИРВЧ	100	1000
13	Неврологический вестник им. В.М.Бехтерева	0,159	35	764	844	Нет	4	Полнотекстовые статьи на сайте КГМУ	100	500
14	Вопросы психического здоровья детей и подростков	0,124	20	443	174	Нет	2	Полнотекстовые статьи на сайте АДПП	100	1000
15	Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии	0,116	18	189	66	Да	12 (нерегулярно)	Полнотекстовые статьи на сайте eLibrary	80	
16	Современная терапия психических расстройств	0,109	24	157	75	Нет	4	Полнотекстовая версия статей на сайте журнала	100	10 000
17	Суицидология	0,103	12	175	522	Нет	4	Полнотекстовые статьи на сайте РОП	100 (с 2010 г.)	1000
18	Независимый психиатрический журнал	0,086	39	817	362	Да	4	На сайте НПА полнотекстовые статьи через год после публикации печатной версии	100	1000
19	Сибирский вестник психиатрии и наркологии	0,081	74	1658	1488	Да	6	Полнотекстовые статьи на сайте НИИ ПЗ СО РАМН	100	1000
20	Психическое здоровье	0,067	55	560	364	Да	12	Нет электронной версии журнала	70??	
21	Психиатрия, психотерапия и клиническая психология	0,036	14	239	29	Нет	4	Абстракты статей на сайте издательства	100 (с 2010 г.)	1500
22	Вестник психиатрии и психологии Чувашии	–	8	142	48	Нет	1	Полнотекстовые статьи на сайте РОП	100	100
23	Психотерапия	–	2	2	233	Нет		На сайте ППЛ	10	

щее время значительно менее актуальна, так как на сегодняшний день выпуски последних 5 лет почти всех журналов загружены в базу на 100%.

5. Значение импакт-фактора не имеет прямой связи с количеством выпусков в год, объемом тиража и представленностью издания в сети Интернет. Хотя влияние последнего обстоятельства оценить сложно в связи с тем, что почти все издания в настоящее время имеют электронные версии, в том числе доступные бесплатно.

6. Обращает на себя внимание весьма значительный общий тираж психиатрических журналов. С учетом числа врачей-психиатров в РФ (с учетом всех субспециальностей и частных врачей это немногим более 20 тыс. человек) на одного психиатра в месяц приходится около 2 бумажных (!) экземпляров научных журналов (что, вероятно, соответствует годовой подписке на 4–5 журналов). Однако опросы врачей свидетельствуют о том, что отечественные психиатры в реальности читают журналы далеко не

так часто, как это получается по этим данным. Да и само низкое значение импакт-фактора свидетельствует о том, что много печатают, но мало читают.

7. В стратегии развития медицинской науки до 2025 г. одним из важных показателей является публикация достижений отечественной науки в изданиях, индексируемых в базах Web of Science и Scopus. К сожалению, из представленных отечественных психиатрических изданий только журнал им. Корсакова индексируется в Scopus и PubMed.

Кроме среднего импакт-фактора изданий, в которых опубликованы научные труды подразделений, большое значение в настоящее время имеет личный индекс Хирша сотрудников.

Индекс Хирша в некоторой степени нивелирует недостаток оценки продуктивности ученого, основанный в отдельности только на количестве публикаций или на количестве цитирований. В стратегии развития медицинской науки число ученых с индексом Хирша более 10 также вынесено в качестве одного из важнейших показателей успешности развития науки. ■

Pro et Contra

DSM-5 и RDoC: общие цели, разные решения

Настоящий реферат представляет собой расширенные комментарии двух ведущих американских ученых, принимавших непосредственное участие в разработке двух самых обсуждаемых сейчас подходов к классификации психических расстройств (DSM-5 и RDoC), опубликованные в «Asian J Psychiatry» 2014; 7: 2–5.

Нейронаука – классификация в психиатрии, основанная на информации: мы все еще там?



*Профессор David J. Kupfer
Руководитель комиссии
по созданию DSM-5*

В течение последних 10 лет мы стали свидетелями значительного прогресса в области нейронаук и генетики, который внушил надежду в отношении разработки новых подходов к диагностике психических расстройств, базирующихся на биологии. Принимая во внимание эти высокие ожидания, процесс работы над пересмотром DSM, конечно, не мог просто пройти мимо этих достижений. Здесь уместно задаться вопросом: почему сейчас, когда DSM уже опубликована и стала бестселлером, эти споры никак не утихают?

Классификация DSM-5 появилась в мае 2013 г. Обзор этого руководства показывает, что в него было внесено множество важных изменений, которые удовлетворили многих. По-видимому, им больше всего импонирует то, что

прогресс в области диагностики и классификации происходит постепенно, а использованные диагностические принципы остаются достаточно гибкими. Информация, полученная за последние 20 лет активного развития нейронаук и генетики, дает нам понимание того, что основные расстройства, с которыми мы сталкиваемся в практике, являются сложными болезнями мозга и поведения. Понимание этого было и десятилетие назад, что, в частности, нашло отражение в монографии, где был представлен исследовательский план развития DSM-5 (D.Kupfer, 2002). Несколько позже были изложены многие концептуальные вопросы новой DSM (D.Regier, 2011). В обеих книгах четко прослеживается тенденция создать классификацию, которая во многом базируется на достижениях биологии.

Этот подход развивался и в дальнейшем. Так, между 2003 и 2008 г. в разных странах мира совместными усилиями Национального института здоровья (NIH), Всемирной организации здравоохранения и Американской психиатрической ассоциации было организовано 13 международных конференций. Основное внимание на них уделялось изучению тех разделов традиционных диагностических групп, где было возможно введение-dimensionalных принципов диагностики, а не только определению различий между отдельными категориями. В качестве примера использования новых принципов можно назвать выделение «психозов» деконструкции (deconstructing). Помимо акцента

на надежности конкретных различий между диагностическими категориями большое внимание уделялось описанию инструментов проверки (валидаторов), в частности разработки порогов для определения чувствительности и специфичности. Вне зависимости от сложности методологии, используемой для идентификации биомаркеров и оценки размера их эффекта, для разработки диагностических критериев конкретных расстройств целесообразно применение байесовского (Bayesian) принципа. Также, если мы не будем постоянно задавать определенные пороговые величины включения, нам, по-видимому, будет сложно создать точные диагностические критерии.

Кроме того, было достаточно ясно, что структура организации DSM-5 должна отличаться от того, что было сделано в предыдущих версиях. В качестве сильной стороны новой классификации также можно рассматривать сопоставимость ее глав с тем, что принято в Международной классификации болезней (МКБ). Хотя МКБ-11 еще не опубликована, очень вероятно, что структура ее глав в целом будет похожа на то, что сделано в DSM-5. Эти изменения диктуют необходимость объединения или разделения конкретных расстройств. Также следует объединить главы в кластеры, а внутри категорий выделить подгруппы на основе принципов общей нейробиологической уязвимости по отношению к факторам риска и нейробиологии. Не менее важно при работе над особенностями организации глав было придержи-

живаться принципа нейробиологического развития.

Помимо основного раздела, состоящего из 20 глав, в руководство была включена новая секция 3. Непосредственно для тех, кто интересуется-dimensionalной оценкой и особенностями «связи» с биологическими процессами, были введены специфические домены для оценки психозов – доменности тяжести психотических симптомов с 8-ю специфическими доменами, которые оцениваются клиницистами. Подобные оценки улучшат наше понимание степени когнитивного и/или нейробиологического дефицита. Еще одним разделом в секции 3 являются состояния, требующие дальнейшего изучения, которые рекомендовано исследовать в будущем. Одним из этих состояний, упомянутым в DSM-5, является аттенуированный (attenuated) психотический синдром, выделение которого важно как с научной, так и с клинической точек зрения, так как позволяет оценить степень риска развития психотического расстройства и целесообразность назначения раннего лечения. Национальный институт психического здоровья США (NIMH) выделяет значительные средства на изучение этой проблемы.

В последние месяцы активно обсуждается вопрос о том, насколько DSM-5 может воспрепятствовать научному прогрессу, в частности исследованиям в области нейронаук. Хотя неоднократно говорилось о том, что DSM-5 никогда не сможет достичь того уровня конкретизации (reification) в описании расстройств, который был в DSM-IV, это не остановило критику в адрес новой систематики. Более того, в последнее время в качестве альтернативы

вы DSM-5 было предложено несколько различных концепций, которые лучше подходят для изучения биомаркеров психических расстройств и позволят лучше понять принципы работы нейронных сетей. Хотя эти концепции, в первую очередь RDoC, получили большую поддержку, здесь мы должны предостеречь от чрезмерного энтузиазма. Хотя никто не говорил, что появление DSM-5 даст окончательные ответы на многочисленные вопросы, эта классификация в целом отражает тот уровень

знаний, который вполне достаточно для разработки диагностических критериев или выделения биомаркеров. Примеры этого можно найти в главах, посвященных расстройствам сна и нейрокогнитивным заболеваниям. «Критика» DSM за то, что в ней не нашли отражения достижения нейронауки, несостоятельна, так как последние, к сожалению, по большей части вносят сумятицу в общенаучное поле и не могут смоделировать всю сложность расстройств, с которыми мы имеем дело.

С другой стороны, у нас нет необходимости ждать еще 20 лет, пока выход DSM-6 разрешит все противоречия. Есть все основания считать новую классификацию неким «живым (living) документом», а в течение последующих 5–10 лет вполне возможно внести изменения в те ее части, где будут продемонстрированы убедительные научные данные считать конкретные биологические показатели объективными критериями расстройств. Шансы на успех можно значительно увеличить, если вся эта энергия «кри-

тики» будет направлена на то, чтобы придумать и провести исследования, включающие как клинические, так и нейробиологические показатели. Конечно, эту задачу нельзя осуществить быстро или одной группе исследователей, или при использовании единственной диагностической концепции. Подобные стратегии требуют привлечения совместного финансирования из государственных и негосударственных источников, а также кропотливой и длительной работы. ■

Исследовательские критерии доменов: по направлению к будущей психиатрической классификации



*Профессор Bruce N. Cuthbert
Национальный институт
психического здоровья, США,
один из создателей RDoC*

Всего за 1 нед до выхода Руководства по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической классификации (DSM-5) в мае 2013 г. в Интернете развернулась бурная дискуссия, которая последовала вслед за публикацией в блоге директора NIMH Thomas Insel, в которой он осветил круг проблем, связанных с валидностью использования категорий DSM в исследованиях по генетике психических расстройств и нейронауках. Там он также писал, что «NIMH встанет на путь переориентации исследований с категорий DSM к проекту NIMH по исследовательским критериям доменов (RDoC). Хотя многие восприняли этот пост как критику DSM и существующей психиатрической практики, Insel позднее прояснил, что «по правде говоря, там я лишь констатировал тот факт, что мы как ученые не смогли выработать объективные критерии для постановки диагноза, как это случается во всех остальных областях медицины (Th.Insel, 2013).

Другими словами, «то, что сейчас вполне пригодно для практических врачей, больше недостаточно для исследователей» (Th.In-

sel, J.Lieberman, 2013). Интересно отметить, что психиатрия проигрывает другим областям медицины в отношении прогресса в области диагностики и лечения. В таких областях, как рак, диабет и муковисцидоз, точная медицина быстро продвигается вперед, вследствие чего лечебные стратегии там соответствуют диагнозу, а структура клинических исследований меняется в зависимости от получения новых данных. В отличие от этого общие принципы исследований в психиатрии – генетических, патофизиологических, клинических, – а также одобрения регулирующих органов все еще базируются на категориях DSM/МКБ, которые имеют сомнительную валидность, значительно гетерогенны и не способствуют многоуровневому (stratified) подходам к диагностике и оказанию помощи, как это происходит в других областях медицины. Исследования, которые хотят создать научный фундамент для развития новых подходов к психиатрической классификации, неизбежно должны выйти за пределы существующей парадигмы. Этот принцип лег в основу развития проекта RDoC.

RDoC основан на признании того факта, что психические расстройства можно рассматривать как нарушения конкретных функций в результате воздействия конкретных нейронных систем и сетей. Например, появление страха и его регуляция связаны с функционированием известных нейронных сетей в амигдале, гиппокампе и вентромедиальных префронтальных областях коры, в то время как рабочая память включает в себя группу нервных узлов, охватывающих префронтальную кору, базальные ганглии и таламические ядра. В целом структура RDoC выделяет 5 основных доменов функционирования: системы негативной валентности (т.е. ответ на ситуации, вызывающие отрицательные реакции), системы позитивной валентности, когнитивные системы, системы социальных процессов и активирующие/модулирую-

щие системы. Каждый домен состоит из нескольких конкретных измерений, основанных на нейронных сетях (названные термином «конструкции» – constructs для того, чтобы подчеркнуть их статус как функциональных моделей, чье понимание улучшается по мере появления новых данных), которые в совокупности характеризуются системой измерений на основе множественных единиц анализа. Эти компоненты включают гены, молекулы, клетки, сети, физиологию (например, частота сердечных сокращений, преимпульсное ингибирование), поведение и самоотчеты. Последние две категории содержат компоненты, которые в основном используются для описания симптомов. Важно заметить, однако, что их структура по определению является трансляционной. Конструкции не являются самостоятельными расстройствами/дисфункциями. Их функционирование лучше рассматривать в контексте нормального, адаптивного поведения. Патофизиологию же лучше описывать в терминах нарушений и дисрегуляции при выполнении нормальной работы. Этот подход по сути поддерживает дименсиональный взгляд на психопатологию, так как степень снижения можно объяснить на основе концепции континуума.

RDoC задумана скорее как интегративная, чем редукционистская система. Единицы анализа следует воспринимать как группу признаков, которые в совокупности дают общее представление о конструкциях и позволяют оценить их клиническое значение. Этиология (causation) связана не только с молекулярными/клеточными уровнями, но и с особенностями взаимодействия разных механизмов на социальном, психологическом и биологическом уровнях. Предлагая другой подход к диагностике, RDoC нацелена не просто на введение в нее аппарата нейронауки, но также на то, чтобы улучшить понимание и специфичность измерения симптомов, так как выделение многих симптомов в DSM/МКБ основано на интуиции

и не может быть определено количественно. Например, «депрессивное настроение», будучи критерием депрессии, может быть связано с различными механизмами.

В настоящее время выбор терапии депрессии в основном базируется на методе «проб и ошибок» и предпочтениях врача, хотя ее конкретные проявления нуждаются в выборе более прицельной терапии, которая может появиться в будущем. Даже такой более специфичный симптом, как ангедония, может включать несколько различных компонентов, причем как на функциональном уровне, так и на уровне нейронных сетей, что и нашло отражение в ее особом статусе внутри такого домена RDoC, как позитивная валентность. Некоторые важные клинические симптомы вовсе не нашли отражения в схеме, например слуховые вербальные галлюцинации при психозах. Многие рассматривают это как недостаток всей концепции. В то же время RDoC рассматривает этот феномен в терминах нарушения функционирования, связанного с работой одной (или более) нейронной системы. Так, данный подход позволяет понять этот симптом с учетом разной степени выраженности галлюцинаций в популяции, а также дает возможность изучить гетерогенность его компонентов. Таким образом, ключевой компонент использования RDoC включает акцент на интерпретации симптомов в контексте их связи с дисфункцией одного или более значимых механизмов.

RDoC базируется также на взгляде на психические заболевания как на расстройства психического развития и стремится развить это положение путем распространения этой позиции на изучение процессов психического развития и особенностей их взаимодействия с внешними/социальными процессами. С учетом появления новых знаний о механизмах нейропластичности эта область становится достаточно значимой в плане профилактики психических расстройств. Даже при болезнях психического раз-

вития, появляющихся в раннем возрасте, таких, например, как аутизм, поведенческая терапия демонстрирует лучшие на сегодняшний день результаты. В будущем, когда улучшится наше понимание механизмов действия специфических генетических факторов риска, это сможет привести к появлению более индивидуализированной комбинированной терапии. При этом лекарства (или точная стимуляция мозга), действующие на конкретные функциональные пути или синаптические механизмы, можно будет использовать вместе со стратегиями, направленными на функционирование нейрональных сетей, что в конечном итоге улучшит понимание болезней или сможет предотвратить их манифестацию в дальнейшем. В то же время понятно, что эти подходы только

тогда будут иметь успех, когда нам удастся построить точную иерархию (stratification) системы, основанную на понимании генетических механизмов, работы нейрональных сетей и функциональных аспектов поведения.

Подобные размышления наводят на мысль о необходимости внести изменения в принципы проведения клинических исследований, как это случилось в других областях медицины. Следует напомнить, что ранее уже предпринимались попытки применить этот подход к пониманию психических расстройств (например, проект MARTICS для исследования когнитивного функционирования при шизофрении). Акцент проекта RDoC на механизмах развития расстройств потребует проведения более интенсивных консультаций, и NIMH уже инициировал диалог в этом аспекте с американским Управле-

нием по контролю пищевых продуктов и лекарств в США (FDA).

RDoC является долговременным исследовательским проектом, нацеленным на создание некоей научной базы, которая больше будет использоваться при ревизиях DSM или МКБ в будущем, а не в клинической практике в настоящее время. Хотя некоторые открытия могут быть внедрены в практику достаточно быстро (в соответствии с тем, что DSM-5 постулируется как «живой документ»), пока слишком рано спекулировать относительно того, насколько быстро это может случиться. Став первой ласточкой применения точной медицины в психиатрии, эта система поневоле является экспериментальной, хотя и базируется на консолидированном мнении многих ученых относительно природы психических расстройств. Хотя в будущем в нее неизбежно будут вноситься

некоторые изменения, есть все основания полагать, что ее основная структура станет надежным фундаментом, который поможет сделать много важных открытий на основе фундаментальных и трансляционных исследований в нейронауках и науке о поведении.

Список использованной литературы
1. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A Research Agenda for DSM-5. American Psychiatric Association. Washington, DC 2002.
2. Regier DA, Narrow WE. The Conceptual Evolution of DSM-5. American Psychiatric Association. Washington, DC 2011.
3. Insel TR. Transforming Diagnosis 2013; <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
4. Insel TR, Lieberman JA. DSM and RDoC: Shared Interests 2013. <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml>

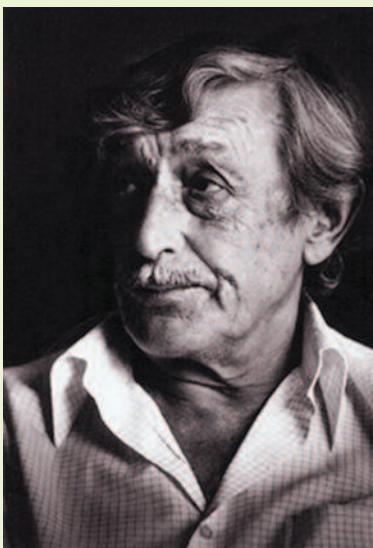
Реферат подготовил А.В. Павличенко, кафедра психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ■

Переписка

Глубоко уважающий автора книги «В окопах Сталинграда»...

Многоуважаемый Андрей Владимирович!

Я не обращался бы к Вам с этим письмом, если бы не прочитал в газете «Известия» за 24 окт. статьи К.Брянцева «Лжерасчетчики в трясине клеветы», в которой приводится и Ваше высказывание.



Писатель Виктор Некрасов

Не скрою, меня не могли не озадачить мысли, высказанные известным советским ученым, директором Института психиатрии Академии медицинских наук СССР академиком А.В.Снежневским: «Да, я также читал эти абсурдные сообщения о том, что в СССР помещают здоровых людей в психбольницы. Как и все мои коллеги, не могу не выразить чувства глубокого негодования по поводу этого дикого вымысла».

Вымысел ли это? И дикий ли? Не дико ли как раз противоположное, то, что и должно было бы, на

мой взгляд, вызвать у Вас чувство глубокого негодования?

Откровенно говоря, меня не очень-то интересуют упомянутые Вами отчеты и высказывания французских и американских психиатров. Вряд ли они могут верно судить о постановке дела в нашей психиатрии, посетив, ну, допустим, Винницкую психбольницу и не побывав в Казанской или Чернышевской, подведомственных, как Вам известно, отнюдь не Министерству здравоохранения СССР. Меня, да и не только меня, конечно же, куда более интересует авторитетная оценка советского психиатра, занимающего достаточно ответственное (и перед историей тоже) положение, А.В.Снежневского, который, безусловно, знаком с положением дел во всех психиатрических учреждениях Советского Союза.

Будучи уверенным в этом, я и позволяю себе обратиться к Вам со следующими вопросами:

– знакомились ли вы с историями болезней тех людей, которые в статье именуется «обоймой»?

– согласны ли Вы с выводами и диагнозами этих историй болезней?

– встречались ли Вы с этими людьми, исследовали ли их? (В противном случае, не преждевременно ли говорить о диком вымысле?)

Я позволяю себе задать Вам эти три вопроса, т.к. со своей стороны хорошо знаю друзей и родственников кое-кого из этой «обоймы» (П.Григоренко и В.Буковского, в частности) и у меня нет никакого основания не доверять их утверждению, что и тот, и другой психически совершенно здоровы.

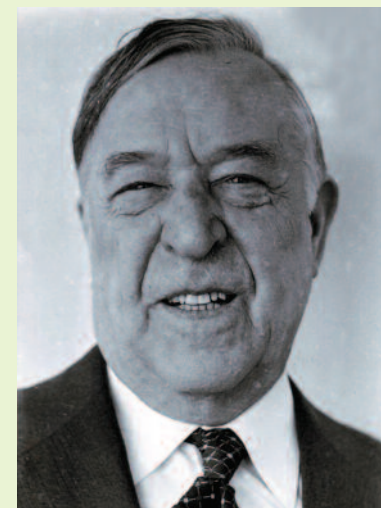
Содержание в психбольницах здоровых людей – акт антигуман-

ный и противозаконный. Вы утверждаете, что таких случаев в нашей стране нет. Более того, Вы позволяете цитировать ваши высказывания некоему К.Брянцеву, журналисту, о компетентности которого в вопросах психиатрии говорить не буду, а о порядочности сужу по всему стилю статьи, по манере излагать факты, по нежеланию называть конкретные имена.

Но, в конце концов, Бог с ним, с Брянцевым, с него взятки гладки, Вы же – признанный специалист, академик, и пост, занимаемый Вами сейчас, ко многому вас обязывает, и в первую очередь, как мне кажется, – бороться за правду, за истину, за то, чтоб в нашей стране не могло повториться происшедшее в свое время с П.Чаадаевым, чтобы среди наших психиатров не встречались профессора, подобные Сикорскому, опозорившему себя в деле Бейлиса.

Впрочем, разве можно сравнить положение Чаадаева с участием Григоренко и Буковского? Чаадаев был «по высочайшему повелению объявлен сумасшедшим», но жил у себя дома, встречался с людьми и мог работать. Григоренко же, вся «вина» которого – в его честности и бескомпромиссности, одними врачами был признан здоровым, другими – больным, а сейчас находится в одиночке психбольницы Министерства внутренних дел, от всех изолирован и лишен какой-либо возможности работать, а значит, и по-человечески существовать. Не стоит ли подумать над всем этим? Над тем, что волнует сейчас многих людей, в том числе и меня.

Позволю себе в заключение напомнить Вам одну фразу из «Факультетского обещания», которое



Академик А.В.Снежневский

давалось в свое время врачами при получении диплома:

«Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукой права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим званием, я даю обещание в течение всей своей жизни ничем не помрачить честисловия, в которое ныне вступаю».

*С уважением,
Виктор Некрасов,
писатель. Окт. 1971*

Москва, 12 ноября 1971

Глубокоуважаемый Виктор Платонович!

Включенное в статью Брянцева (далеко не совершенную – согласен с Вами) мое интервью преследовало одну цель – защиту от клеветы на отечественных психиатров, а вместе с ними и нашу страну.

За все 46 лет моей психиатрической работы я не встретил ни одного случая заведомо неправильного помещения в психиатрическую больницу здорового человека.

Мне известны истории болезни всех лиц, о которых так много пишут в газетах Англии, Франции, США, заполняют ими передачи, и о которых пишете и Вы в своем письме.

Но прежде чем изложить обстоятельства и результаты их психиатрического исследования, необходимо еще раз подчеркнуть важность точного разделения юридически-правовой и клинической психиатрической сторон вопроса. Они совершенно невольно и несознательно так часто смешиваются.

Все лица, о которых идет речь, вместе с другими были привлечены к судебной ответственности и должны были понести по существующим законам наказание. Но в процессе судебного следствия возникло подозрение в отношении упомянутых лиц относительно наличия у них психического заболевания. В связи с чем они и были направлены для судебно-психиатрической экспертизы в Институт судебной экспертизы им. Сербского для стационарного исследования. Последнее должно было установить наличие или отсутствия у них психического заболевания и высказать свое мнение о вменяемости (ответственности за совершенное).

Клиническое исследование проводили опытные психиатры в продолжение 1–2 месяцев. По окончании исследования вопрос об их психическом состоянии и вменяемости решался экспертной комиссией в составе нескольких судебных психиатров – профессоров этого Института. Названная комиссия и вынесла, на основании результатов стационарного исследования и личного изучения каждого испытуемого (все это было в разное время) заключение о наличии у них психического заболевания и их невменяемости.

Многие из них в прошлом (задолго до привлечения к ответственности) обращались по поводу своего заболевания к психиатрам. Отдельные лица лечились еще в детстве.

Суд с мнением экспертов согласился, и тюремное заключение всем лицам, о которых идет речь, было заменено, согласно существующему положению, медицинской мерой защиты – лечением в специальной психиатрической больнице. Все эти лица по особенностям своего заболевания нуждаются в лечении. Быть под наблюдением врачей и получать необходимое им лечение, пусть даже в еще несовершенной больнице с закрытыми дверями, несопоставимо гуманнее, чем находиться в заключении в тюрьме, при наличии болезни.

Все психиатрические больницы во всех странах мира нуждаются в непрерывном улучшении. То же

относится и к психиатрическим больницам Министерства внутренних дел. Для этого необходимы очень большие средства, хорошо подготовленный, преданный своему делу персонал. Улучшение психиатрического дела осуществляется из года в год, в том числе и в специальных боль-



В.Буковский в молодости.

ницах. Наблюдение за ними постоянно ведут психиатры Института им. Сербского.

Пребывание в психиатрических больницах – не бессрочное. По существующему положению, при наличии продолжительной болезни необходимость дальнейшего лечения устанавливается специальной комиссией каждые 6 месяцев. При улучшении состояния – в любой срок до 6 месяцев.

П.Григоренко несколько раз помещался в больницу, выписывался из нее. Вновь привлекался (за новые нарушения) к судебной ответственности, опять назначалась судебная экспертиза и больничное лечение. Я его видел в 1963 г., позволяете не согласиться с Вами, у него паранойя с достаточно явными изменениями личности.

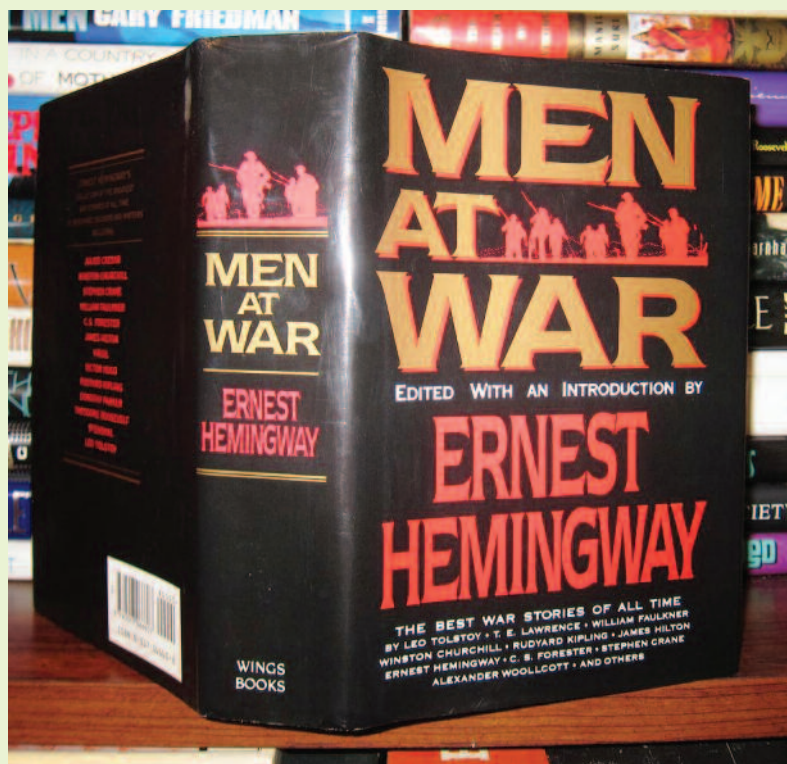
Буковский несколько лет назад, задолго до привлечения его к судебной ответственности, осматривался по просьбе родственников мною. В то время у него был тяжелый психоз. Но его особенности позволяли предполагать наступление очень постепенного выздоровления, но со значительными стойкими остаточными изменениями склада личности. В то время особенности его заболевания были включены в диссертацию одного из сотрудников нашего Института. Через какое-то время он был привлечен к суду, но тогда был признан невменяемым. В дальнейшем он снова привлекался к суду и в связи с окончанием приступа психоза признавался уже вменяемым и отбывал наказание. В последнее время он вновь был на экспертизе в Институте им. Сербского. В этот раз экспертиза признала его ответственным – судя по теперешнему его состоянию. Согласится ли с этим суд – еще неизвестно. В случае несогласия суда назначается новое исследование и новая экспертиза, с другим составом экспертов.

Простите, Радио Франции вчера передало сообщение о его осуждении и, как следовало ожидать, снабдило это сообщение вымыслом. В сообщении добавлялось, что он был помещен в психиатрическую больницу для лечения, но благодаря протесту общественных деятелей и жены переведен в концлагерь. Так извращенно трактовалась стационарная экспертиза. Стационарная экспертиза – мера необходимая. Она преследует интересы больных и только их. Стационарная экспертиза проводится Институтом врачебно-трудовой экспертизы при решении сложных вопросов определения степени инвалидности, в том числе и при психических заболеваниях. Так же осуществляется и военная экспертиза в специальных отделениях клинических психиатрических больниц.

больницы – они достаточно здоровы, а для тюрьмы – значительно больны. В случае любых общественных коллизий они проявляют активность значительно большую, чем здоровые, и в результате снижения у них отражения смысла (сути) реального бытия и готовности к сверхценным образованиям (идеям) – они приносят в конечном итоге вред обществу. Лечение их, трудоустройство для психиатров всех стран составляет наиболее трудную проблему. Вот в кратком изложении основные основания моего интервью. Будьте здоровы!

Глубоко уважающий автора книги «В окопах Сталинграда». Если бы Хемингуэй составлял свою «Антологию войны» позднее, он, несомненно, включил бы Ваш шедевр в нее.

АСн
См. об.



Э.Хемингуэй. «Люди на войне». Антология.

Вернусь к Буковскому. Насколько тяжелый след в складе личности оставил перенесенный им психоз, я сказать не могу. Его я в последние годы не видел. Но в признании вменяемости такого рода лиц, перенесших психоз, необходимо быть чрезвычайно осторожным. Неизвестно, как отражается тюремное заключение на такого рода лицах, страдающих стойким психическим недугом, своего рода рубцом психики. В этот раз Буковского смотрела очень квалифицированная экспертная комиссия, и она единогласно пришла к заключению о его вменяемости.

Состояние такого рода лиц, страдающих изменением склада личности, возникшим после психоза, относится к пограничным между здоровьем и болезнью, действительно стойким психическим недугам. Они невыносимы для семьи, общества, а часто и для самих себя, для психиатрической

От руки:

P.S. Сведения о болезни Григоренко и Буковского я сообщаю только Вам – они относятся к врачебной тайне.

P.S.S. Извините за помарки в письме и слог – не то семинарский, не то канцелярский. Я писал уставший и без черновика. АС

Москва
109240 Котельническая наб.,
дом 1/15 корпус В. Кв. 66.
Тел 227-46-59

Эта переписка, поминаемая, в частности, АД.Сахаровым в его воспоминаниях, была опубликована в общественно-политическом еженедельнике «Киевский телеграф» от 27 мая – 2 июня 2005 г. №21 (263) в статье «Цена разбитого блюда». ■

Новая сессия Восточноевропейской образовательной Академии ВПА-Сервье

Новая сессия Восточноевропейской образовательной Академии ВПА-Сервье состоялась в Мюнхене, во время очередного Конгресса Европейской психиатрической ассоциации. Как обычно, уже в третий раз молодые ученые-психиатры из разных стран Зоны 10 Всемирной психиатрической ассоциации – ВПА (Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Россия, Украина) с хорошим знанием английского и русского языков собрались, чтобы подготовить ряд обзоров по заранее распределенным тематикам. Далее эти научные обзоры после редактирования направляются всем руководителям психиатрических обществ нашего региона в созданный ими «банк», откуда в свою очередь поступают в русскоязычные журналы Зоны 10 ВПА. За прошедший период было подготовлено 23 обзора (за 2 сессии), 18 обзоров напечатано в изданиях 4 стран (в России в 4 разных изданиях), еще 8 приняты в печать.

Обзоры мюнхенской сессии поступят в «банк» в мае сего года. После конгресса «академики», или «никейцы», как они сами себя называют (от Ниццы – места их первого «боевого крещения»), посетили кафедру психиатрии Мюнхенского университета (места, где трудились Крепелин, Альцгеймер, Нисль, Бумке, Колле, Хитиус), где им были прочитаны лекции заведующим кафедрой профессором П. Фалькаи и профессором Х. Ю. Мёллером. Эти лекции вызвали огромный интерес «никейцев».

Сегодня мы публикуем небольшой обзор из предыдущей, барселонской, сессии Академии ВПА-Сервье, подготовленный Полиной Красновой из Казахстана.

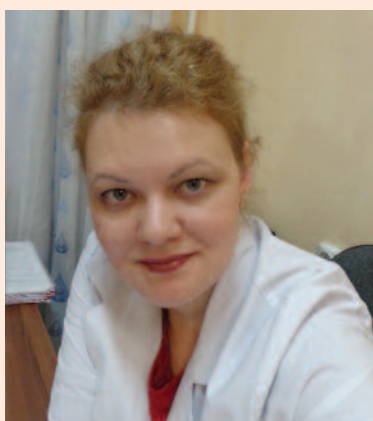


Члены ВПА-Сервье Академии у входа в знаменитую клинику психиатрии Мюнхенского университета, которую некогда возглавлял сам Эмиль Крепелин: (слева направо) В.Симонян (Армения), П.Алфимов (Россия), О.Карпенко (Россия), А.Павличенко (Россия), Д.Смирнова (Россия), П.Краснова (Казахстан), К.Кабосонидзе (Грузия), Д.Крупченко (Беларусь), М.Денисенко (Украина), Н.Гаджиева (Азербайджан), А.Жабенко (Украина), проф. П.В.Морозов, куратор Академии.



Профессор Ханс-Юрген Мёллер (в центре, за роялем) с «никейцами» в обновленном конференц-зале психиатрической клиники Мюнхенского университета. Здесь расположен музей клиники, в этом зале проводятся вечера классической музыки силами коллектива кафедры, среди них много хороших музыкантов. Ранее в этом помещении располагалась знаменитая лаборатория профессора Алоиза Альцгеймера, сохранились детали интерьера, в частности старые настенные часы. После двух интереснейших лекций-бесед немного поговорили о музыке, прозвучали Моцарт и Бетховен...

Влияние половых гормонов на развитие и течение психических расстройств (обзор)



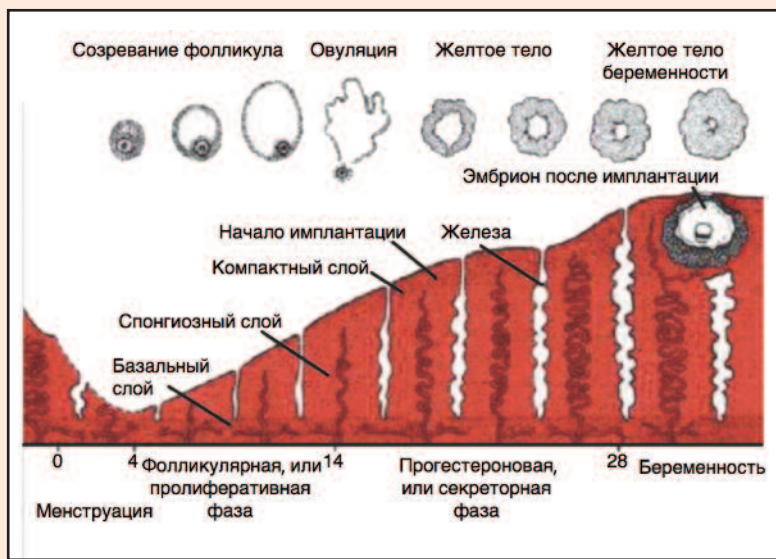
*П.В.Краснова
Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, Казахстан, Алматы*

На ЕСНП отдельный симпозиум был посвящен влиянию половых гормонов на течение и развитие психических расстройств. Слоганом данного симпозиума, с моей точки зрения, можно считать высказывание Liisa Galea (University of British Columbia,

Canada): «Мужчины и женщины разные, мы разные во всем, от тела до мозга. Когда на чашке петири вы рассматриваете клетки двух разных лабораторных мышей, более актуальным является не то, подвергалось ли это животное стрессу или нет, а то, мужская это особь или женская».

В докладе самой Liisa Galea рассматривались влияния половых гормонов на стрессоустойчивость. Конечно, всем известно, что мужчины более стрессоустойчивы, у них реже разви-

ваются психосоматические и тревожные расстройства. Данное утверждение L.Galea подтвердила опытным путем, кастрировав лабораторных мышей мужского пола и подвергнув их хроническому стрессу. Данный опыт показал выраженное снижение стрессоустойчивости при снижении уровня тестостерона. Будучи «гуманным специалистом», L.Galea назначала кастрированным мышам антидепрессанты, чем добивалась выравнивания стрессоустойчивости. Отличия в



течении и начале заболевания были найдены и в таком заболевании, казалось бы, мало связанном с особенностями гормонального фона, как шизофрения. Была отмечена более ранняя манифестация шизофренического процесса у мужчин и более поздняя – у женщин.

Также рассматривалось развитие психотических расстройств в зависимости от фазы менструального цикла. Четко выявлены учащения госпитализаций пациентов с шизофренией и большая массивность психоза в период снижения уровня эстрогена. Конечно, наиболее выраженные психотические расстройства развиваются во время кардинальных перестроек гормонального уровня женщины: в послеродовой период и менопаузу. Основными заболеваниями в данные периоды являются разные по глубине выраженности депрессивные расстройства. Как мы знаем, практически у 80% женщин отмечаются симптомы депрессии в послеродовом периоде, которые носят ту или иную степень глубины и выраженности.

В качестве примера L.Galea привела реальный случай, произошедший у ее коллег, когда они диагностировали послеродовую депрессию у пациентки, но не разобрались в глубине депрессивного расстройства. Пациентка на фоне данного заболевания убила двоих своих детей и совершила суицид. В данное время врачи оплачивают моральный ущерб ее родственникам в связи с неправильной диагностикой и недостаточным оказанием специализированной помощи. Очевидно, что эстрогены играют возбуждающую роль, активирующую центральную нервную систему через повышение чувствительности рецепторов к нейротрансмиттерам в эстроген-чувствительных нейронах, приводящее к подъему настроения, повышенной активности и антидепрессивным эффектам. В связи с их резким снижением и развиваются описанные состояния в послеродовом периоде.

Хотелось бы привести рисунок, который смутно знаком всем из

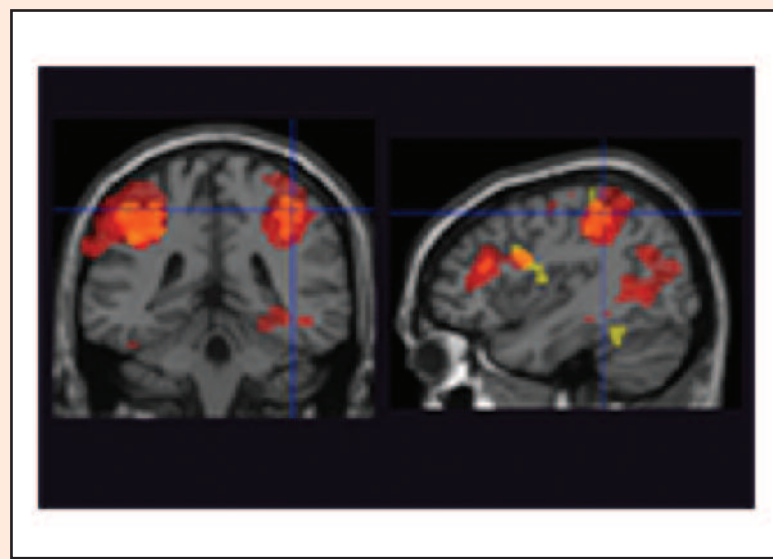
книг по анатомии и гинекологии, с которого начала свой доклад Julia Sacher, Germany (Sex hormonal fluctuation and the female human brain).

Фаза пролиферации (фолликулярная) при 28-дневном цикле продолжается в среднем 14 дней. Сразу после менструации под влиянием постепенно повышающейся концентрации эстрадиола происходят бурный рост и пролиферация функционального слоя эндометрия и желез, которые удлиняются и разрастаются глубоко в подэпителиальном слое (строме).

Фаза секреции (лютеиновая) при 28-дневном цикле в среднем также длится 14 дней и непосредственно связана с активностью желтого тела. Сразу после овуляции под влиянием постепенно повышающейся концентрации прогестерона эпителий желез начинает вырабатывать секрет, содержащий кислые гликозаминогликаны, гликопротеиды и гликоген.

В средней стадии фазы секреции (19–23-й день) наряду с максимальной концентрацией прогестерона наблюдаются повышение содержания эстрогенов. Поздняя стадия фазы секреции (24–27-й день) в связи с началом регресса желтого тела и снижением концентрации продуцируемых им гормонов характеризуется нарушением трофики эндометрия и постепенным нарастанием в нем дегенеративных изменений. В связи с регрессией и гибелью желтого тела, что влечет за собой резкий спад концентрации гормонов, в эндометрии нарастают гипоксия и дегенеративные изменения. Происходит отторжение (десквамация) некротизированных отделов функционального слоя эндометрия, которое обычно заканчивается на 3-й день цикла. Фаза десквамации немедленно сменяется регенерацией слизистой оболочки из тканей базального слоя (краевых отделов желез). В физиологических условиях на 4-й день цикла вся раневая поверхность эндометрия эпителизируется.

Как же этот процесс отражается на психическом состоянии женщин?



Если рассматривать наиболее часто встречающиеся симптомы в предменструальном периоде, то как один из наиболее тяжелых можно выделить дисфорию. (Influence of reproductive hormones on mood and anxiety in women: premenstrual dysphoric disorders. Inger Sundstorm Poromaa.) Дисфории встречаются у 3–5% женщин в репродуктивном периоде. После проведенного полного обследования данных пациенток было выявлено полное отсутствие каких-либо генетических маркеров, заболеваний, кроме того, уровень половых гормонов периферической крови также соответствовал норме. В сопутствующей симптоматике выделялось также возможное наличие тревоги, депрессивной симптоматики или эмоциональной лабильности. Характерным являются развитие данных расстройств в лютеиновую фазу и полное отсутствие симптоматики в течение недели после менструации. В качестве рекомендации по лечению в докладах были ссылки на применение антидепрессантов в высоких и средних терапевтических дозах, что позволяет уменьшить практически все проявления предменструального синдрома.

Предменструальное дисфорическое расстройство, состояние предменструальной смены настроения на клиническом уровне характеризуется симптомами депрессии за 2–3 дня до менструации. На данном слайде представлено нейропластичное регулирование под воздействием гормональных колебаний во время менструального цикла.

Депрессивное расстройство, по данным Vibe G.Frokjaer, Denmark (Sex-hormone regulation and neuroimaging – markers of serotonergic neurotransmission and brain connectivity), имеет соотношение женщин и мужчин примерно как 5:02.

Кроме того, рассматривались интересные исследования по «обнаружению разницы между мужскими и женскими мозгами», конкретно влияние половых гормонов на мнестические и интеллектуальные функции.

Опытным путем на мышах было выявлено, что снижение уровня эстрадиола улучшает процессы запоминания и краткосрочную память, а повышение его уровня положительно сказалось на улучшении долгосрочной памяти. Кроме того, эстрадиол влияет на рост клеток во многих областях головного мозга.

В исследованиях было выявлено, что повышение уровня эстрадиола способствует росту клеток в гиппокампе и миндалевидном теле, что помогает производить новые нейроны в течение всей жизни. Аналогичной системы в головном мозге мужчины выявлено не было. Но назначение дополнительного эстрадиола помогло продлить жизнедеятельность нейронов как в головном мозге мужчины, так и женщины. У мужчин данное удлинение продолжительности жизни нейронов отмечалось только в дискретный период, а у женщин – во все моменты исследования. Когнитивные нарушения в значительной мере являются результатом физиологического старения. Эстрогены улучшают вербальную память. Кроме того, на фоне лечения заместительной гормональной терапией отмечается повышение социальной активности и качества жизни. Считается, что благоприятное воздействие эстрадиола на когнитивные функции – обучение, кратковременную память и внимание – может быть напрямую связано с геномными эффектами эстрогенов как факторами роста эстроген-чувствительных дендритных нейронов с образованием новых синапсов.

Таким образом, можно считать исследования в области влияния половых гормонов на развитие и течение психических расстройств очень перспективным направлением как в рамках лечения возрастных тревожных и депрессивных расстройств и предменструальных дисфорий, так и в области профилактики и лечения деменций, повышения стрессоустойчивости и улучшения когнитивных функций в целом. ■

Эффективность поддерживающей терапии Вальдоксаном (агомелатином) при рекуррентной депрессии и биполярном аффективном расстройстве



Н.А.Тювина, В.Н.Смирнова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ
им. И.М.Сеченова Минздрава
России

В современных наиболее часто употребляемых классификациях закреплено разделение рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) и биполярного аффективного расстройства (БАР). В последние десятилетия все большую популярность приобретает концепция, от-

деляющая РДР от спектра биполярных расстройств по целому ряду патогенетических и клинических показателей, что связано как с анализом накопленного клинического материала, так и с успехами биологических исследований.

Наряду с этим в литературе описана возможность перехода от монополярного к биполярному течению. Около 20% рекуррентных депрессий (РД) трансформируется в биполярный вариант аффективного расстройства. Самостоятельное существование маниакального униполярного расстройства считается маловероятным, а частота последующих депрессивных и смешанных эпизодов повышается с возрастом.

У мужчин БАР начинается раньше, чем у женщин, при этом 1-й фазой у них чаще бывает маниакальная, а у женщин – депрессивная. В течение болезни эта зависимость сохраняется: доля маниакальных эпизодов у мужчин больше, чем у женщин. У женщин манифестация заболевания часто связана с менструально-генеративной функцией и периодами гормональной перестройки в ор-

ганизме (пубертат, послеродовой период, климактерий).

Несмотря на то что присутствие гипоманиакальных/маниакальных эпизодов является ключевым феноменом в клинике БАР, большую часть времени эти больные проводят именно в депрессивном состоянии. Возможно, этим объясняется то, что БАР II типа (БАР II) чаще диагностируется у женщин, а БАР I одинаково часто встречается как у женщин, так и у мужчин. Соответственно, чем дольше клинически выраженная мания не попадает в поле зрения врача, тем дольше эти пациенты (чаще женщины) будут получать тактически неверное лечение.

Предотвращение очередного приступа/рецидива и БАР, и РД является основной задачей поддерживающей терапии (ПТ). Соблюдение режима назначенной ПТ очевидно является основным условием успешной профилактики. Проблема вовлечения пациентов в долгосрочные профилактические программы посвящено достаточно много работ. Около 1/2 пациентов не придерживаются назначенного лечения (non ad-

herent), другие 1/2 – придерживаются частично (partially adherent). По другим данным, процент несоблюдения режима ПТ среди пациентов с БАР варьирует в пределах от 12 до 64%. Наиболее частые причины отказа от длительного лечения: увеличение массы тела, излишняя седация, плохая совместимость с оральными контрацептивами, молодой возраст и низкий уровень образования. Исходя из этого следует заключить, что дополнительными задачами и целями ПТ должны быть повышение приверженности лечению, поддержание удовлетворительного качества жизни (КЖ), минимизация риска нежелательных явлений (НЯ).

Эффективность, необходимость и безопасность применения антидепрессантов при БАР является одним из наиболее дискутируемых в литературе вопросов на протяжении нескольких десятков лет. Их эффективность при РД как для купирующей, так и профилактической терапии не подвергается сомнению, несмотря на явную генетическую и этиопатогенетическую близость этих заболеваний.

Таблица 1. Схема исследования

Методы исследования	Месяцы									
	0	1	2	4	6	8	12	16	18	24
Соответствие критериям включения/исключения	+									
Психодиагностическое устное интервью	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
HAMD-17	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
YMRS	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
CGI-S	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
CGI-I	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ВАШ		+			+		+		+	+
Физикальное обследование: лабораторные анализы, АД, ЧСС, ИМТ, ЭКГ		+					+			+
НЯ	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
EQ-5D-5L		+			+		+		+	+

Примечание. ЧСС – частота сердечных сокращений, ИМТ – индекс массы тела, ЭКГ – электрокардиография.

Таблица 2. Результаты исследования эффективности и переносимости ПТ агомелатином

Показатель	РД	БАР II
Полная ремиссия при ПТ агомелатином, абс. (%)	29 (82,9%)	39 (90,7%)
Неполная ремиссия при ПТ агомелатином, абс. (%)	6 (17,1%)*	4 (9,3%)*
Средняя длительность лечения агомелатином до наступления ремиссии за весь период наблюдения, нед	6,8±1,7	6,4±1,5
Длительность ремиссии при ПТ агомелатином, мес	24,5±6,4*	17,4±4,3*
Пациенты, достигшие 6 мес ремиссии, абс. (%)	35 (100%)	43 (100%)
Пациенты, достигшие 18 мес ремиссии, абс. (%)	28 (80%)*	31 (72,3%)*
Продолжительность эпизода до лечения агомелатином, мес	3,5±2,5	4,5±1,5
Продолжительность эпизода после лечения агомелатином, мес	1,5±0,8	1,2±0,5
ВАШ «качество сна»	90,3±0,7	95,0±4,5
ВАШ «дневная активность»	86,2±4,5	75,4±12,5*
ВАШ «общий результат»	93,5±6,2	90,0±5,3
ВАШ «я пациент»	85,4±1,6	92,1±5,4
ВАШ «сезонность»	25,7±13,5	73,0±4,5*
Побочные явления, абс. (%)	3 (8,6%)	4 (9,3%)
Прием комбинированной терапии, абс. (%)	16 (45,7%)*	12 (27,9%)*

*Различия достоверны при $p < 0,05$.

Рис. 1. Средняя продолжительность депрессивного эпизода на терапии агомелатином.

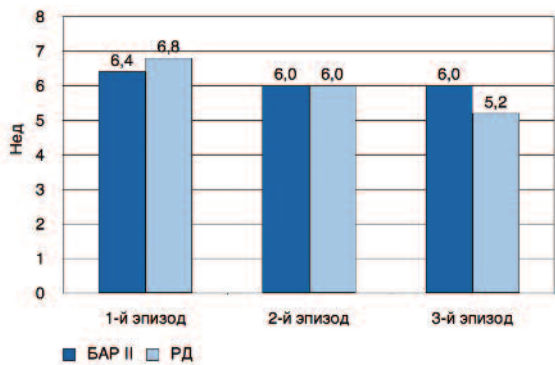
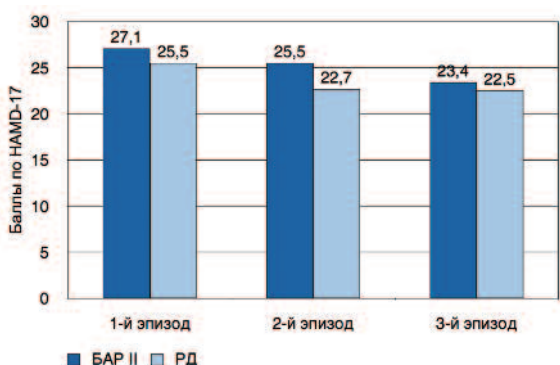


Рис. 2. Динамика тяжести депрессивных эпизодов на терапии агомелатином.



Рекомендации Британской ассоциации психофармакологов указывают на необходимость комбинации селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и противоманиакальных препаратов (литий, вальпроаты, атипичные нейролептики) при любой тяжести депрессии с самого начала терапии. Эксперты Американской ассоциации психиатров считают литий и ламотриджин препаратами 1-й линии для непсихотических биполярных депрессий. Дополнительное назначение антидепрессантов рекомендовано только в случаях очень тяжелой депрессии.

Канадские рекомендации (CANMAT guidelines) по лечению биполярной депрессии при БАР I сходны с первыми двумя. Препаратом 1-й линии при депрессии в рамках БАР II эти авторы считают кветиапин, эффективность и хорошая переносимость которого подтверждена многими исследованиями. Комбинированная терапия нормотимиками и антидепрессантами рекомендуется при его неэффективности. Монотерапия антидепрессантами рассматривается экспертами ISBD и CANMAT как возможный вариант лечения для особой группы пациентов – с редкими гипоманиями, как правило, не приводящими к проблемам в социальном или медицинском понимании.

С введением в клиническую практику антидепрессантов было замечено, что назначение трициклических антидепрессантов (ТЦА) опасно в плане развития мании или перехода заболевания к быстроразвивающему варианту течения. По данным T.Wehr и соавт., вероятность причинной связи между развитием быстрых циклов в популяции пациентов с БАР и назначением ТЦА составляет 20%. Большое количество исследований убедительно показывает эффективность и безопасность краткосрочной комбинированной терапии (нормотимик + антидепрессант) депрессии как в рамках БАР I, так и БАР II.

В ряде работ показано, что СИОЗС, венлафаксин и бупропион могут применяться при БАР II как стабилизаторы настроения при ПТ, так как монотерапия этими препаратами заметно эффективнее

позволяет говорить о необходимости дифференцированного подхода к терапии БАР, учитывающего особенности течения болезни у каждого отдельного пациента.

позволяет говорить о необходимости дифференцированного подхода к терапии БАР, учитывающего особенности течения болезни у каждого отдельного пациента.

Современные исследования все больше подтверждают, что нарушениями в моноаминергической системе нельзя полностью объяснить все наблюдаемые клинические феномены расстройств настроения и эффективность разных по механизму действия препаратов, применяемых для их лечения. Теоретически нарушение биологических ритмов, в частности циркадианных, может быть центральным звеном в этиопатогенезе разных вариантов депрессий.

Агомелатин, недавно вошедший в клиническую практику, является агонистом мелатонинергических рецепторов MT_1 - и MT_2 - и антагонистом серотониновых $5HT_{2C}$ -рецепторов. Механизм его действия объединяют нейроэндокринные

Продолжение на стр. 18

Вальдоксан®

Агомелатин

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

Улучшение сегодня,^{1,2}
выздоровление завтра³

12-я неделя 24-я неделя



Лечение большого депрессивного расстройства

Состав: Вальдоксан® 25 мг: одна таблетка содержит агомелатин 25 мг. В качестве наполнителя содержит лактозу. **Показания к применению:** Лечение большого депрессивного расстройства у взрослых. **Свойства:** Агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов MT_1 и MT_2 и антагонист серотониновых $5HT_{2C}$ -рецепторов. 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 внеклеточного серотонина. **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, 12 недель и 24 недели после начала терапии, и в дальнейшем в соответствии с клинической ситуацией. При увеличении дозы следует контролировать функцию печени с той же частотой, что и в начале применения препарата. **Леккарственная терапия депрессии** должна проводиться по крайней мере, в течение 6 месяцев для полного прекращения симптомов. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к агомелатину или любому из вспомогательных веществ препарата. **Печеночная недостаточность.** Одновременное применение мощных ингибиторов изофермента CYP1A2 (таких как флувоксамин, ципрофлоксацин), детский возраст до 18 лет. **Особые указания:** Сообщалось о случаях поражения печени (включая печеночную недостаточность, повышение уровня печеночных ферментов более чем в 10 раз относительно верхней границы нормы, гепатит и желтуху) у пациентов, принимавших Вальдоксан®. 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 нарушенной функции печени, такими как ожирение/избыточная масса тела/неалкогольный жировой гепатоз, сахарный диабет, употребление алкоголя в значительных количествах или прием препаратов, способных вызывать нарушение функции печени. **Пациенты пожилого возраста:** при назначении препарата пациентам пожилого возраста следует соблюдать осторожность. **Пациенты с почечной недостаточностью:** следует соблюдать осторожность. **Биполярное расстройство/мания/гипомания:** Следует соблюдать осторожность. При появлении симптомов мании следует прекратить прием препарата. **Синдром/судимильное поведение:** В период лечения пациентами, особенно относящимися к группе риска, должны находиться под пристальным медицинским наблюдением, особенно в начале терапии и при изменении дозы препарата. **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:** **Противопоказано:** одновременное применение агомелатина и сильных ингибиторов изофермента CYP1A2. **Не рекомендовано:** алкоголь. **Беременность:** следует соблюдать осторожность. **Период кормления грудью:** если лечение агомелатином необходимо, грудное вскармливание следует прекратить. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работу, требующую высокой скорости психомоторных реакций:** Исследования 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:** Частое: головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, мигрень тошнота, диарея, запор, боль в животе, рвота, повышение активности АЛТ и/или АСТ, потливость, боль в спине, утомляемость, тревога. **Нечасто:** парестезия экзема, кожный зуд нечеткое зрение агитация и связанные с ним симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. **Редко:** гепатит, повышение активности γ -глутамилтрансаминазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, зрительная сыпь, мания/гипомания, таллоцефалия, увеличение массы тела, снижение массы тела.

Регистрационный номер: ЛСР-000540/08

Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке.
1. Stahl SM, Fava M, Trivedi MH, Caputo 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(5):616-626. 2. Martinotti G, Sepede 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. Demyttenaere K, Corbue E, Hale A, Quera-Salva MA, Picarel-Blanchot F, Kasper S. A pooled analysis of six month comparative efficacy and tolerability in four randomized clinical trials: agomelatine versus escitalopram, luxetiline, and sertraline. *CNS Spectr*. 2013 [Epub ahead of print].

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



1 таблетка всегда вечером

и моноаминергические взаимодействия. За счет антагонизма к 5HT_{2C}-рецепторам он повышает уровень норадреналина и дофамина в префронтальной коре, а стимуляция мелатониновой системы усиливает антидепрессивный эффект, так как восстанавливает нарушенные циркадианные ритмы, повышает стрессоустойчивость и регулирует сон.

Агомелатин не повышает внеклеточный уровень серотонина, в связи с чем не вызывает побочных эффектов, свойственных СИОЗС (тошнота, диарея, половые дисфункции, диссомния). Кроме того, этот препарат не обладает аффинитетом к гистаминергическим H₁-, α₁-адренергическим и мускариновым рецепторам, поэтому не имеет побочных эффектов, характерных для ТЦА. Опыт применения агомелатина при БАР крайне ограничен. Нами проведено сравнительное исследование эффективности агомелатина для купирования депрессивного приступа в рамках РД и БАР. В ходе этого исследования было показано, что данный препарат абсолютно безопасен относительно возникновения НЯ, риска инверсии фазы и/или возникновения транзиторной гипомании, что позволяет использовать его не только для купирования, но и длительной ПТ, в том числе при БАР.

Полученные данные свидетельствуют о быстром и достаточно выраженном антидепрессивном эффекте агомелатина, проявляющемся с 1-й недели терапии одновременно с нормализацией циркадианных ритмов. Результаты исследования позволили предположить, что при БАР I в отличие от БАР II более эффективно использование агомелатина в сочетании с нормотимиками (вальпроаты и ламотриджин). При анализе имеющихся литературных данных не было обнаружено работ, описывающих эффекты от длительной ПТ агомелатина как при РД, так и при БАР.

Цель исследования – сравнение эффективности и переносимости агомелатина на этапе ПТ у пациентов с РД и БАР II.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в амбулаторных и стационарных условиях на базе Университетской клинической больницы №3 (Клиника психиатрии им. С.С.Корсакова) Первого МГМУ им. И.М.Сеченова с 2009 по 2013 г.

Критерии включения: наличие ремиссии после купирования депрессивного эпизода агомелатином в рамках БАР II или РД; возраст старше 18 лет.

Критерии исключения: наличие шизофрении, органических психических нарушений; пациенты с БАР I; возраст моложе 18 лет.

Схема исследования представлена в табл. 1.

Эффективность ПТ определяется в первую очередь продолжительностью и КЖ, продолжительностью, степенью тяжести и частотой рецидивов, КЖ пациентов в ремиссии. В немалой степени имеет значение влияние терапии на повседневную социальную активность, сочетаемость с привычным образом жизни и распорядком дня всех действий, которые необходимо предпринимать для соблюдения ПТ.

Оценка эффективности и переносимости терапии проводилась клиническим методом с использованием психометрических инструментов для подтверждения продолжающейся ремиссии: 17-пунктовой шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D-17), шкалы мании Янга (YMRS), шкалы оценки общего клинического впечатления для оценки тяжести заболева-

Результаты

Основные результаты исследования представлены в табл. 2. Длительность лечения агомелатином до наступления ремиссии достоверно не различалась в обеих группах (рис. 1) и составила в среднем 6,4±1,5 нед для БАР II и 6,8±1,7 нед для РД ($p<0,05$). Были сопоставлены данные о лечении трех последовательных эпизодов депрессии у 30 пациентов с РД и у 35 – с БАР II, принимавших агомелатин с 2009–2010 г. Обнаружена динамика снижения не только продолжительности эпизода до наступления ремиссии, но и снижения тяжести каждого последующего приступа (рис. 2).

Полной ремиссии достигли большинство пациентов: в группе с БАР II – 90,7%, в группе с РД – 82,9%. В случае неполной ремис-

тал по мере увеличения срока наблюдения.

Отдельно был проведен анализ КЖ с использованием EQ-5D-5L. Все пациенты оценивали свое КЖ по 5-пунктовой системе на первый уровень, т.е. самый высокий: 11111 – у 39 (90,7%) пациентов с БАР II и у 32 (91,4%) – с РД. По EQ-VAS, представляющей собой Визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) для оценки состояния здоровья на момент осмотра по 100-балльной системе, состояние пациентов с БАР II оценивалось в 79,3±1,2 пункта, а пациентов с РД – в 82,4±3,1. При сопоставлении данных физического обследования в разные периоды наблюдения не было выявлено влияния агомелатина на массу тела, показатели артериального давления (АД). Показатели общих анализов мочи, крови, биохимических исследо-

Рис. 3. Доля пациентов в ремиссии в разные сроки наблюдения.

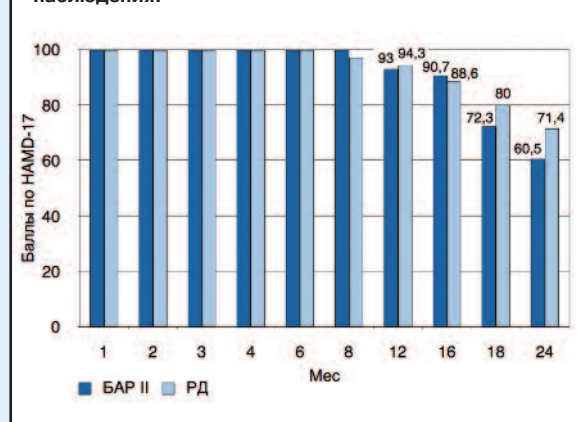
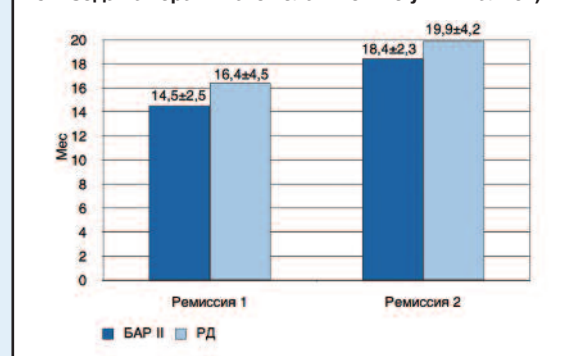


Рис. 4. Средняя продолжительность 1 и 2-й ремиссии при поддерживающей терапии агомелатином (продолжающиеся на момент обработки данных ремиссии после единственного эпизода на терапии агомелатином не учитывались).



ния (CGI-S) и улучшения (CGI-I).

Возникновение НЯ фиксировалось отдельно в течение всего периода исследования.

Для получения сопоставляемых и обобщаемых результатов по КЖ пациентов был использован опросник EQ-5D-5L.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2003.

Конечная выборка для оценки эффективности агомелатина составила 78 наблюдений (43 – с БАР II по DSM-IV-R, 35 – с РД). Соотношение мужчин и женщин в обеих группах достоверно не различалось, средний возраст на момент включения в исследование также не отличался (43,3±5,7 и 42,4±7,3 года). Обе выборки достоверно различались по возрасту начала заболевания, соотношениям разных типов личности в преморбидном состоянии и степени тяжести депрессии в течение заболевания. Обе группы не имели достоверных различий по основным социодемографическим характеристикам, в том числе по среднему возрасту включения в исследование.

Лечение агомелатином проводилось на протяжении всего периода наблюдения. В ремиссии препарат назначался в дозе 25 мг/сут, при обострении состояния доза увеличивалась до 50 мг/сут.

В группе с БАР II остаточная симптоматика была представлена упорно сохраняющимися суточными колебаниями состояния. Все пациенты, принимавшие агомелатин, оставались в ремиссии в течение полугода. После 8 мес ПТ в группе с РД у 1 пациента был отмечен рецидив депрессивной симптоматики. После 1 года приема ПТ только 2 (5,7%) пациента с РД и 3 (7%) пациента с БАР II были в депрессии. Доли пациентов в ремиссии в разные сроки наблюдения представлены на рис. 3. На графике видно, что более 1/2 пациентов обеих групп достигли ремиссии длительностью 2 года.

Основываясь на анализе данных больных, перенесших три депрессивных эпизода за период наблюдения, можно сделать вывод о наличии тенденции к увеличению продолжительности ремиссии при длительном приеме агомелатина. Так, в группе пациентов с БАР II, перенесших два депрессивных эпизода за период наблюдения, 2-я ремиссия по продолжительности превышала 1-ю в среднем на 3,9±1,5 мес. В группе с РД этот показатель увеличился на 3,5±1,8 мес.

Что касается динамики показателей для РД, то, как уже отмечалось, достоверно выше эта группа оценивала свою дневную активность в ремиссии – 86,2±4,5; этот показатель равномерно возрас-

ваний крови (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, γ-глутамилтрансфераза, уровень билирубина, холестерина, глюкозы крови) также не претерпели значимых изменений.

Заключение

Результаты настоящего исследования свидетельствуют о высокой профилактической эффективности агомелатина как у пациентов с РД, так и с БАР II. При обоих заболеваниях наблюдается сходная тенденция к удлинению периода ремиссии и снижению тяжести и продолжительности очередного депрессивного эпизода. Пациенты обеих групп демонстрируют высокое КЖ в течение ПТ, отличную переносимость терапии, склонность соблюдать режим лечения. Препарат безопасен относительно возникновения НЯ независимо от продолжительности терапии и дозы препарата. На протяжении всего исследования не отмечено клинически значимых проявлений инверсии аффекта у пациентов с БАР II.

Длительная поддерживающая монотерапия агомелатином может быть рекомендована как при БАР II, так и при РД. Комбинированная терапия с ламотриджином показана при недостижении пациентом полной ремиссии в целях стабилизации настроения. ■

Вечно юный романтик Теодор Жерико



Л.И.Дворецкий
ГБОУ ВПО Первый Московский
государственный медицинский
университет им. И.М.Сеченова
Минздрава РФ

*..Но примешь ты смерть
от коня своего..*

А.С.Пушкин. Песнь о вещем Олеге

25 августа 1819 г., в День святого Людовика, в Париже открылся художественный Салон, на котором была представлена картина Теодора Жерико «Плот «Медузы»», ставшая сразу же сенсацией. О картине писали все газеты, появились отдельные брошюры, поэты слагали о ней стихи. Однако французское правительство не захотело приобрести картину, которая, как посчитали, была идейно направлена против него. К тому же в некоторых откликах слишком много говорилось о политическом резонансе картины и очень мало – о ее художественных достоинствах.

Такое положение сильно заделало самолюбие художника и очень угнетало Жерико, замкнувшегося в своем художественном ателье, но, к счастью, вскоре последовало приглашение показать шумевшую картину в Англии. Жерико полагал, что в стране моряков и тонких ценителей живописи поймут его замысел. И он решает отправиться в путь со своим творением. Картина показывалась в разных городах Англии, и везде ее принимали с триумфом. Гибель «Медузы» воспринималась чопорными и сдержанными англичанами не как отдельный эпизод, а как художественный эпос, вырастающий в единую, скульптурно изваянную группу. В картине Жерико, написанной в прочных классических традициях, критики усмотрели черты будущих романтических произведений. Недаром через 5 лет после смерти художника именно к этой картине был применен термин «романтизм», а Жерико стал «отцом-основателем» романтизма во француз-

ской живописи. Это было отмечено уже в некрологах, называвших ушедшего «вечно юным романтиком».

Попытка написания «Плота «Медузы»» могла объясняться стремлением Жерико, обуреваемого всегда великими замыслами, создать монументальное полотно на значительную тему с художественной реконструкцией известных трагических событий. Иной замысел был заложен художником в серии последующих работ, которые, казалось бы, не ассоциировались с его художественной концепцией и стали предметом различных спекуляций биографов и знатоков творчества художника.

Речь идет о серии портретов душевнобольных, написанных Жерико в последние 2 года своей жизни (1822–1824). Некоторые исследователи считают, что эти произведения написаны в то же время, что и «Плот «Медузы»». Од-

что восприимчивость к человеческим несчастьям и чувство глубокой симпатии к страдающим всегда отличали натуру Жерико. К тому же романтикам вообще были свойственны интерес к людям с обостренной психикой и стремление изобразить трагедию сломленной души. В то же время написание целой серии «тематических» портретов с тщательной подготовкой к их исполнению наводит на мысль о намерении создать некое «художественное пособие» к соответствующей медицинской теме из области психиатрии.

Возможно, врач-психиатр Этьен Жорже, друг художника, попросил Жерико иллюстрировать вышедший в 1820 г. свой трактат «О безумии» с помощью изображения пациентов, страдающих тем или иным психическим заболеванием. Жорже предполагал использовать портреты этой серии в качестве наглядных посо-

рес к миру внутренних переживаний, эмоциональному состоянию человека, особенно пациента с психическими нарушениями. Во всяком случае, можно строить разные предположения, но очевидно одно: Жерико увидел перед собой не столько пациентов, сколько индивидуально неповторимых людей, пусть больных, изолированных от общества, но требующих к себе, как и любой больной человек, внимания и заботы. Художник смотрел на свои модели без предвзятости, без всякого оттенка нездорового любопытства, с пониманием и состраданием к обитателям психиатрической клиники. В этом проявил-



Т.Жерико. Плот «Медузы».

нако эта точка зрения не может считаться доказанной.

По возвращении из Англии в 1822 г. Жерико наблюдает в психиатрической клинике Сальпетриер, в которой работал его друг, психиатр Жорже, больных, портреты которых были в последующем созданы художником. Известно пять портретов: портрет сумасшедшей старухи, называемый «Гиена Сальпетриера», «Умалишенный, воображающий себя полководцем», «Клептоман», «Сумасшедшая, страдающая пристрастием к азартным играм», «Похититель детей». Иногда в эту серию включают также работу «Вандеец». В то же время первый биограф Жерико Ш.Клеман сообщает, что портретов было десять, однако остальные портреты не дошли до нас.

Мотивы создания этих портретов так и остаются неизвестными. Возможно, что такая мысль родилась у художника в связи с тем,



Т.Жерико. Портрет сумасшедшей (Гиена Сальпетриера).

бий для своих студентов. Жерико согласился на заказ своего друга написать портреты душевнобольных, поскольку испытывал инте-



Т.Жерико. Умалишенный, воображающий себя полководцем.

ся его истинный гуманизм как художника.

Поскольку Жерико работал с натуры, его портреты в итоге превратились в документальные изображения. Вместе с тем вышедшие из-под кисти такого большого художника, они являются как бы олицетворением человеческих судеб. В их трагически острой характеристике ощущается горькое сочувствие самого художника.

В серии портретов душевнобольных отчетливо просматривается дальнейшая эволюция Жерико-портретиста. Эта серия гораздо менее романтична, чем портреты военных, окруженных ореолом исключительности и эмоциональной приподнятости.

Однако дело здесь не только в тематике (интерес к безумцам, людям с потрясенной психикой весьма характерен для романтиков), а в подходе к образу, в том тщательном и глубоком анализе, которому подвергает Жерико каждое лицо душевнобольного.

«Гиена Сальпетриера» – это старая седая женщина в белом чепце и больничном халате. Мутные, слезящиеся глаза с покрасневшими веками смотрят настороженно и подозрительно. Возможно, у больной имеются какие-то бре-

Продолжение на стр. 20



Т.Жерико. Сумасшедшая, страдающая пристрастием к азартным играм.

довые нарушения, свойственные пациентам старческого возраста. Почему художник назвал изображенную на портрете «гиеной Сальпетриера»? Гиена – слово греческого происхождения. С полосатой гиеной у древних греков было связано много легенд и суеверий. В древних мифах гиене приписывали способность менять пол, подражать человеческому голосу, гипнотизировать взглядом, вступать в связь с волками, грабить могилы, видеть ночью. Гиена означает образ безмянного порока, нечистоты, непостоянства, нестабильности, двуличного человека. Невольно возникает вопрос, на который дать однозначный ответ затруднительно: возможна ли ассоциация душевнобольного с мифическим образом гиены?

На портрете «Умалишенный, воображающий себя полководцем», изображен жалкий старик, мнящий себя военачальником. Казалось бы, такого рода изображение должно восприниматься как своеобразная пародия на блестящее военное прошлое. Однако ничего отталкивающего, карикатурного нет в образе больного старика. Напротив, он внушает симпатию и вызывает сочувствие. С точки зрения психиатра, можно предполагать, что у больного имеется бред величия, одно из характерных проявлений нейросифилиса – прогрессирующего паралича. Больной пытается себя приукрасить экстравагантным головным убором, какой-то накидкой поверх больничного белья, т.е. пытается придать себе внешние черты военачальника.

Еще один любопытный портрет душевнобольной старухи, страдающей пристрастием к азартным играм. Игровая страсть сродни патологическому состоянию с тягой к игровой интриге. Вся жизнь изображенной прошла под знаком игрового азарта, финансовых потерь и человеческих утрат и заканчивается в сумасшедшем доме, заменившем ей теперь игровой дом. В облике безумной старухи нет ни

настороженности, ни недоверия, а во взгляде читаются лишь тоска и усталость. В угасшем взгляде была страсть к игре, радостные и горькие воспоминания, на которые накладываются, по-видимому, психические расстройства. Старуха обременена целым рядом болезней, с трудом передвигается, о чем свидетельствует костыль в ее руках.

Все портреты душевнобольных выдержаны в темной гамме, в которой преобладают коричневые, рыжие, желтоватые тона, сочетающиеся с малиновыми, темно-зелеными, зелено-синими. Гамма эта очень насыщенная, богатая, цвет превращает убогие больничные халаты, чепцы, колпаки в великодушные фрагменты живописи, приобретающие смысловое значение.

Жерико не только запечатлел различные виды психических нарушений, но и написал замечательные по выразительности портреты, которые захватывают зрителя своей необычайной силой. Художник дал не только внешние приметы болезней, но и раскрыл в напряженных чертах лица трагедию сломленной человеческой души, создав по своему скорбные образы. Психиатры получили уникальную возможность осуществлять визуальную клиническую разгадку психических нарушений, которыми обременены изображенные Жерико пациенты.



Т.Жерико. Портрет мужчины (Вандеец).

Имея за плечами опыт, накопленный в процессе работы над таким серьезным полотном, как «Плот «Медузы»», в частности исполненные с натуры для этой картины этюды больных, мертвых, исхудавших людей, Жерико снова заглядывает в лицо, а точнее в душу человеческих страданий, но уже в аспекте психического нездоровья, выраженного в отдельном портрете. Подобного показа душевного неблагополучия французское искусство еще не знало. Такое было доступно разве что гениальному Веласкесу в серии портретов карликов и шутов. Не знало французское искусство и подобного совмещения в одном образе агрессивности и ранимо-

сти, такой психологической остротности. Ведь пройдут целые десятилетия, прежде чем в мир искусства явится с этой миссией Ван Гог.

Жизнь Теодора Жерико оказалась трагически короткой, причем роковую роль в этом сыграла... лошадь. Было несколько неудачных падений с лошади, одно из которых привело, к несчастью, к травматическому повреждению позвоночника. По свидетельству биографов художника, именно после этого падения Жерико провел последний год своей жизни в постели, что позволяет предполагать наличие у него повреждения спинного мозга с развитием паралича нижних конечностей. В то же время движения в руках художника были сохранены в полном объеме, что позволило ему продолжить заниматься живописью. Свои знаменитые портреты душевнобольных Жерико заканчивал уже прикованным к постели. До нас дошли воспоминания Эжена Делакруа, посетившего больного Жерико в декабре 1823 г.

В своем дневнике Э.Делакруа записал: «Сегодня вечером я был у Жерико. Какой печальный вечер! Он умирает, его худоба ужасна; его бедра стали толщиной с мои руки, его голова – голова умирающего старика... Какое ужасное изменение! Возвратился домой полный энтузиазма перед его живописью. В особенности этюд головы карабинера! Помнить о нем. Это указующая вежа. Прекрасные этюды! Какая крепость! Какое превосходство! И умирать рядом со всеми этими работами, созданными во всей силе и страсти молодости, когда не можешь повернуться ни на палец в своей кровати без чужой помощи!»

Вместе с тем нельзя исключить, что травма явилась толчком к развитию туберкулеза позвонков, о чем упоминается в отдельных биографических сведениях о художнике, правда, без убедительных доказательств и, естественно, при отсутствии каких-либо ссылок на эти источники. Дело в том, что туберкулезный процесс в позвонках приводит к образованию так называемых туберкулезных натечников (холодных абсцессов), вызывающих сдавление спинного мозга с развитием двигательных параличей конечностей и нарушением чувствительности.

Из-за отсутствия эффективных хирургических и лекарственных методов лечения туберкулеза позвоночника в начале XIX в. движения, как правило, не восстанавливались. Однако по воспоминаниям Александра Дюма, посетившего художника за несколько дней до смерти, Жерико была сделана операция на позвоночнике, возможно, с целью устранить или уменьшить сдавление спинного мозга. Дюма был потрясен видом Жерико, который лежал подобно мумии,

страшный своей худобой, и рисовал. Вследствие длительного отсутствия движений у таких больных развивалась выраженная атрофия мышц конечностей, о чем упоминает в своих дневниках Делакруа: «его бедра стали толщиной с мои руки...». Больные погибали от прогрессирования туберкулезного процесса и присоединившейся вторичной инфекции дыхательных или мочевыводящих путей. На последнем автопортрете Жерико отчетливо видны черты болезни – худое, изможденное лицо, бледно-желтушный оттенок кожи и пресловутый «румянец на щеках» – классический маркер активного туберкулезного процесса. Кроме того, на этом автопортрете художник выглядит значительно



Т.Жерико. Клептоман.

старше, о чем также упомянул Э.Делакруа в своих дневниках, написав, что «его голова – голова умирающего старика...».

Таким образом, имеющиеся сведения о клинической симптоматике и течении болезни, развившейся после травмы позвоночника, позволяют предполагать у Жерико заболевание позвоночника вследствие травматического повреждения или туберкулезного воспаления со сдавлением спинного мозга и развитием паралича нижних конечностей (параплегией). К несчастью, серьезная болезнь не позволила художнику реализовать все свои таланты. Остался нереализованным замысел громадного полотна «Отступление французов из России в 1812 г.». Жерико умер, не дожив до 33 лет, слишком рано присоединившись к великим вечным обитателям Пер-Лашеза. Могила Жерико находится в так называемом историческом участке кладбища, где в памяти оживает так много из того, что было во Франции великого и замечательного в науке, искусстве, политике, военном деле. Оживает вместе с другими и трагический образ Жерико с его художественными творениями, приумножившими славу французской и мировой живописи. ■

Кафедра психиатрии медицинского факультета Нижегородского государственного университета



Писнячевский Александр Иосифович (1863–1938). С 1905 по 1930 г. – главный врач Городской психиатрической больницы; с 1920 по 1930 г. – заведующий кафедрой психиатрии медицинского факультета Нижегородского университета.

В 1920 г. на базе Городской психиатрической больницы г. Нижнего Новгорода была создана кафедра психиатрии медицинского факультета Нижегородского государственного университета, которую возглавлял с 1920 по 1930 г. главный врач больницы **Писнячевский Александр Иосифович**. Основным направлением деятельности кафедры в этот период было определение распространенности психической патологии на территории Нижегородской губернии.

Результаты эпидемиологических исследований в психиатрии были опубликованы в журнале «Современная психоневрология» и позволили создать представление о психической заболеваемости в разных районах губернии и на основании этого проводить мероприятия по повышению качества оказания психиатрической помощи.

В 1930 г. произошло выделение медицинского факультета Горьковского государственного университета в отдельный вуз – Горьковский государственный медицинский институт. С этого времени кафедру психиатрии стал возглавлять **Ильон Яков Габриэлович** (1880–1945). Фундаментом исследовательской работы кафедры в этот период явилась разработка основных реабилитационных научно-организационных принципов трудовой терапии психически больных. По инициативе Я.Г.Ильона при диспансерном отделении в начале 1930-х годов был организован лечебно-трудовой профилакторий для психически больных. Отражением активной научной разработки данной проблемы явился изданный коллективом клиники сборник «Вопросы нервно-пси-

хического оздоровления населения» (1935 г.).

В военный и ранний послевоенный периоды одним из ведущих направлений исследовательской работы было изучение клиники и патогенеза экзогенных психозов. В тот период времени кафедру возглавлял **Гольденберг Марк Аронович**. Под его руководством в 1947 г. был проведен анализ клинического материала, отражающий изменения психики при проникающих ранениях головного мозга. Позднее из клиники вышли исследования, освещающие патогенную роль различных видов интоксикаций, в частности профессиональных. Группа токсических психозов была ярко освещена в исследовании А.А.Портнова, отражающего клинический исход психотических состояний, возникающих при отравлении тетраэтилсвинцом. Экзогенный аспект изучения психических расстройств стал базой для создания «экспериментальной» психиатрии с основами сравнительной психопатологии, получившими признание как в нашей стране, так и за рубежом. Известна монографическая работа М.А.Гольденберга об экзогенном типе реакций, представляющая практическую и теоретическую ценность и привнесшая вклад в проблему функциональных психозов, занимающих промежуточное положение между органическими и функциональными расстройствами.

В период с 1951 по 1954 г. кафедрой заведовал доцент **А.С.Познанский**. Данный период деятельности кафедры характеризовался приоритетом в исследованиях клинико-фармакодинамического направления. Указанный подход приблизил к пониманию некоторых патогенетических механизмов, лежащих в основе трансформации клинической картины заболевания в процессе лечения. Полученные при этом данные в условиях «естественного эксперимента» были использованы в целях определения характера реакции на то или иное лекарственное средство и, следовательно, дифференциальной диагностики и проведения адекватной терапии (работа доцента А.С.Познанского, врача М.И.Цейтлин). Итоговые результаты нашли отражение в докторской диссертации А.С.Познанского «Материалы к клинико-экспериментальному исследованию в диагностике шизофрении». Данный период характеризовался и широким внедрением в диспансерную практику лечения больных инсулином в гипогликемических дозах. Работы З.А.Родионовой в

этом плане по праву считаются приоритетными в СССР.

В период с 1954 по 1976 г. кафедрой заведовал профессор **Иванов Николай Владимирович**. Основой научной деятельности профессора Н.В.Иванова являлись исследования в области пограничных состояний, психотерапии и сексопатологии.



Иванов Николай Владимирович (1907–1976), доктор медицинских наук, профессор. С 1954 по 1976 г. – заведующий кафедрой психиатрии.

В изучении больного Н.В.Иванов ориентировался на синтез клинических и личностных критериев. Он видел ограниченность одного лишь психопатологического метода без учета психологических факторов болезни и механизмов защиты. Об этом свидетельствовал его труд «Ведущие механизмы психотерапевтического процесса». Основополагающая в практическом отношении монография Н.В.Иванова «Коллективная психотерапия неврозов» стала базисной для выполнения коллективом клиники ряда исследований с выходом в практику на региональном и союзном уровнях. В развитии диспансерной практики имела значение работа профессора Н.В.Иванова о «Психотерапии в условиях диспансера». Исключительной заслугой Н.В.Иванова в вопросах научных изысканий врачами-практиками в пограничной психиатрии явилась организация в г. Горьком в 1960–70-е годы семинаров для врачей психотерапевтов и сексопатологов. На этой основе в дальнейшем во всех республиках страны была создана сеть психотерапевтических и сексологических кабинетов.

Кроме того, на кафедре был разработан подход к лечению гипертонической шизофрении, были проведены исследования бреда ревности (Н.П.Калинина), инволюционных психических расстройств (Н.Б.Цветкова), пробле-

мы психической индукции в клинике психических заболеваний (И.А.Родионов), психосоматических расстройств у кардиохирургических больных (В.И.Морозов). Руководством по сексопатологии для врачей-практиков стала монография Н.В.Иванова «Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств». Ученик Н.В.Иванова Я.Г.Голанд разработал ряд оригинальных психотерапевтических методик в области сексопатологии: психотерапия больных с нарушенной психосексуальной ориентацией, комплексная психотерапия гомосексуализма и транссексуализма, других форм перверсий. Им же предложены методики интенсивной терапии при неврозе навязчивых состояний, нервной анорексии, психосоматических заболеваниях.

В период с 1977 по 1985 г. кафедрой психиатрии заведовал профессор **Смирнов Виктор Ксенофонтович**. В этот период основным направлением научной работы на кафедре были вопросы пограничной психической патологии и состояния психического здоровья населения. В аспекте данных изысканий большое внимание уделялось психофизиологическим исследованиям (была организована лаборатория функциональной диагностики), а также изучению психосоматических заболеваний, во-



Смирнов Виктор Ксенофонтович (1933–2007), доктор медицинских наук, профессор; с 1977 по 1985 г. – заведующий кафедрой психиатрии.

просам организации психогигиенической службы на промышленных предприятиях. Результаты коллективной комплексной работы нашли отражение в сборнике «Психическое здоровье». В 1986 г. Л.Н.Касимовой было выполнено важное в практическом отношении исследование «Клиника и динамика неврозов с затяжным

Продолжение на стр. 22

течением» (тема кандидатской диссертации). С именем В.К.Смирнова также связана разработка одного из интереснейших направлений современной психиатрии – комплексного анализа психопатологических симптомов и синдромов в их сложных взаимоотношениях в клинической картине психического заболевания, в частности, была детально разработана синдромология патологии сознания.

В период с 1976 по 1977 г. и с 1985 по 1988 г. кафедрой заведовал доцент **Родионов Игорь Александрович**. В этот период под его руководством продолжалась работа по более детальной разработке научной тематики кафедры, в частности вопросы клиники, диагностики, лечения и профилактики пограничных психических расстройств. На этой основе было издано более 50 печатных работ в периодических медицинских изданиях и около 10 научно-популярных работ.



Родионов Игорь Александрович, с 1973 г. – доцент кафедры психиатрии. В 1976–1977 и 1985–1988 гг. – исполняющий обязанности заведующего кафедрой психиатрии.

С 1989 по 1998 г. заведующим кафедрой психиатрии был профессор **Айрапетов Рубен Георгиевич**. В эти годы видное место в научных изысканиях кафедры имели нейрофизиологические аспек-

ты психиатрической науки, в частности, разрабатывалась методика радиометрического исследования головного мозга. Одновременно с этим большое внимание уделялось исследованиям в области психического здоровья общества и роли социопсихогенеза на психологическую дестабилизацию людей всех возрастных групп. Большая работа в детско-подростковой психиатрии была проведена И.В.Дмитриевой и Т.Н.Дмитриевой. Материалы обследования положены в основу докторской диссертации Т.Н.Дмитриевой «Девiantное поведение у детей и подростков с патохарактерологическими и психопатоподобными расстройствами».

С 1998 г. по настоящее время кафедрой психиатрии и медицинской психологии Нижегородской государственной медицинской академии заведует доктор медицинских наук, профессор **Касимова Лала Наримановна**. Монография Л.Н.Касимовой «Психическое здоровье городского населения» стала базисной для выполнения коллективом кафедры целого ряда исследований в области психиатрии и наркологии. За этот период с 1998 г. на базе кафедры защищены одна докторская диссертация «Психическое здоровье населения крупного промышленного города: клинко-эпидемиологические и социокультуральные аспекты» (Л.Н.Касимова, 2000) и 10 кандидатских диссертаций: «Ранние воспоминания личности как объект психотерапевтического воздействия у взрослых с психическими нарушениями» (Е.Н.Исполатова, 2000), «Клинко-диагностические особенности посттравматического стрессового расстройства у ветеранов вооруженных конфликтов, перенесших закрытые черепно-мозговые травмы» (И.В.Панова, 2002), «Особенности нейропсихологических симптомов у больных с симптоматической эпилепсией» (Ж.В.Романенко, 2002), «Психоневрологические синдромы у больных псориазом» (И.И.Китаева, 2003), «Психические нарушения у лиц пожилого и старшего возраста» (И.Б.Карлунин, 2005), «Клинко-психопатологические и нейропсихологические характеристики дефицитарных расстройств у больных алко-

голизмом» (А.Д.Лунев, 2005), «Клинко-психопатологические и нейропсихологические характеристики дефекта при эндогенной патологии» (Е.В.Акимова, 2005), «Динамика нервно-психических расстройств в процессе реабилитации больных в раннем восстановительном периоде после инсульта» (Е.Д.Божкова, 2006), «Нервно-психические расстройства у больных с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации и их динамика при восстановительной терапии» (М.В.Святогор, 2007), «Психопатологическая и



Профессор Касимова Лала Наримановна, заведующая кафедрой психиатрии и медицинской психологии Нижегородской государственной медицинской академии.

социально-психологическая характеристика онкологических больных на этапах диагностики и лечения в стационаре» (Т.В.Жилыева, 2008).

Наиболее значимые результаты научной работы:

- Разработан метод структурированного интервью с программным обеспечением для скрининговой диагностики психических расстройств.
- Проведены масштабные эпидемиологические исследования структуры, распространенности психической патологии среди населения.
- Была выявлена высокая распространенность психических расстройств в популяции и среди отдельных групп населения.
- Проанализировано влияние некоторых биологических, культуральных и социально-экономи-

ческих факторов на частоту и характер психопатологических расстройств.

- Выделены группы риска по возникновению психических нарушений.
- При исследовании групп пациентов с соматическими, неврологическими и онкологическими заболеваниями выявлена высокая распространенность психопатологических нарушений, значительно превышающая распространенность психических расстройств в популяции.
- Исследованы механизмы психической дезадаптации и личностные особенности, предрасполагающие к психосоматической патологии в целом.
- Изучены взаимоотношения между клиническими проявлениями некоторых соматических и неврологических заболеваний и структурой и выраженностью психической патологии.
- Оценена динамика нервно-психических расстройств в процессе реабилитации пациентов в раннем восстановительном периоде инсульта.
- Изучены психотравмирующее воздействие боевой обстановки, структура и распространенность психических расстройств у ветеранов локальных вооруженных конфликтов.
- Исследованы психологические механизмы хронизации боли у пациентов с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации.
- Изучена нейропсихологическая структура дефекта при разных видах психических заболеваний в зависимости от длительности и течения расстройства.
- Проведен анализ социально-психологических и медико-биологических факторов формирования наркоманий. Результаты научных исследований внедрены в учебный процесс и в практическую деятельность учреждений здравоохранения. В данный период основными научными направлениями являются проблема психического здоровья населения, психосоматические расстройства, проблема дефицитарных расстройств в психиатрии и проблемы аддиктивной патологии. ■

«Их нравы»

Психически больные лица в американской тюрьме

В спецпсихбольницах в тюрьмах США содержатся сотни тысяч больных. Неoliberalизм сделал из этих людей не только изгоев, но и обузу – власти не могут ни по-настоящему лечить их, ни отправлять на волю. Фотограф Дженни Аккерман запечатлела, как живет этим людям в спецтюрьме в Кентукки.

О тяжелой судьбе психически больных в тюрьмах США в 2006 г. писала «The Wall Street Journal». Волна психических расстройств в Америке была спровоцирована, в числе прочего, закрытием – из-за экономии бюджетных средств – многих психиатрических учреждений федерального и местного уровней.

По оценке Национального альянса по психическим заболеваниям, сейчас в США в федеральных тюрьмах и тюрьмах содержатся более 300 тыс. психически больных заключенных, в то время как в психиатрических лечебницах местного уровня – всего 70 тыс. пациентов (последние данные за 2012 г. – 550 и 55 тыс. соответственно). ■



Пострегистрационное исследование безопасности и эффективности препарата Элицея® (эсциталопрам) в лечении депрессивных и тревожных расстройств (реферат)



Peter Karps, Nina Zupanc

Введение

Депрессия является основным аффективным расстройством, одним из наиболее частых психических расстройств (наряду с тревожными расстройствами – ТР) и одним из наиболее тяжелых психических заболеваний. Считается, что к 2020 г. депрессия станет основной причиной заболевания в развитых странах.

Эсциталопрам – S-(+)-1-[3-(Диметиламино)пропил]-1-(п-фторфенил)-5-фталанкарбонитрил – является S-энантиомером циталопрама, приблизительно в 100 раз сильнее ингибирующим обратный захват серотонина, чем R-энантиомер. Препарат практически не взаимодействует с 5HT₁₋₇-серотониновыми, α- и β-адренорецепторами, D₁₋₅-дофаминовыми, H₁₋₃-гистаминовыми, M₁₋₅-мускариновыми и бензодиазепиновыми рецепторами. В исследованиях показан минимальный эффект эсциталопрама в отношении обратного захвата норадреналина и дофамина.

Кроме того, эсциталопрам не связывается или обладает очень низким сродством по отношению к Na⁺, K⁺, Cl⁻ и Ca²⁺-ионным каналам.

Уникальный механизм антидепрессивного действия эсциталопрама связан не только с усилением серотонинергической активности в центральной нервной системе в результате ингибирования обратного нейронального захвата серотонина, но и с аллостерической самопотенциацией. Эсциталопрам связывается с белком – переносчиком серотонина посредством 2 участков связывания:

первичным высокоаффинным, участвующим в ингибировании обратного захвата серотонина, и вторичным низкоаффинным аллостерическим, модулирующим связывание на первичном участке путем изменения конформации белка-переносчика. Способность эсциталопрама к стабилизации собственного связывания, а также связыванию других лигандов вследствие аллостерического действия на низкоаффинном участке белка-транспортера обозначается в литературе как «аллостерическая модуляция», «двойное воздействие на серотонин».

Эффективность эсциталопрама для купирования и профилактики депрессий разной степени тяжести установлена во многих плацебо-контролируемых и сравнительных исследованиях продолжительностью от 8 нед и более у амбулаторных и госпитализированных пациентов.

Пострегистрационное исследование P.Karps и N.Zupanc эффективности и безопасности препарата Элицея® (эсциталопрам) при лечении ДР и ТР было проведено в 2011 г.

Методы

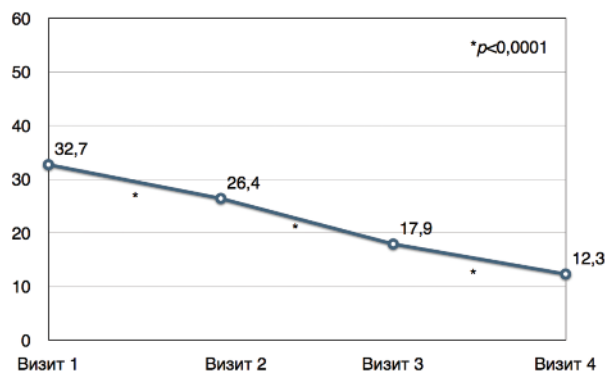
В исследование включали пациентов обоего пола в возрасте от 18 лет с диагнозом ДР или ТР по критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра. В исследование не включали пациентов с гиперчувствительностью к эсциталопраму, принимающих ингибиторы моноаминоксидазы, а также беременных и кормящих женщин. Пациенты находились под наблюдением в течение 2 мес; за это время было проведено 4 визита (1-й визит и 3 контрольных – после 2, 4 и 8-й недели терапии).


Результаты

В исследование были включены 389 пациентов (3/4 – женщины),

Продолжение на стр. 24

Рис. 1. Оценка изменения тяжести состояния при помощи опросника BDI-II.






Элицея®


таблетки 10 мг эсциталопрам

Наполни жизнь светом



Показания к применению (1):

- Депрессия
- Панические расстройства (в т.ч. с агорафобией)



Быстрый, сильный, безопасный* антидепрессант

*эсциталопрам (Элицея®) хорошо переносится большинством пациентов с тревожной и депрессивной, вызывает лишь незначительные побочные эффекты (2) и имеет очень низкий потенциал межлекарственных взаимодействий (3,4)

Источники информации: 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Элицея®. 2. Мосолов С.Н. и др. «Клиническая эффективность и переносимость препарата эсциталопрам при умеренной и тяжелой депрессии». 3. Spina et al. Clinically Relevant Pharmacokinetic Drug Interactions with Second-Generation Antidepressants: An Update Clinical Therapeutics, 2008; 30 (7):1206-27; 4. Spina et al. Clinically Significant Drug Interactions with Newer Antidepressants, CNS Drugs 2012; 26(1):39-67

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «КРКА ФАРМА»
123022, г. Москва, ул. 2-я Звенигородская, д. 13, стр. 41, этаж 5, стр. 43, этаж 6
Тел. (495) 981-10-95, факс (495) 981-10-91. E-mail: info.ru@krka.biz. www.krka.ru

KRKA Наши инновации и опыт – залог эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.

ООО «Гарант Медиа», 06/2013, 2013-19572

Реклама

Рис. 2. Шкала общего клинического впечатления (тяжесть состояния, CGI-S).

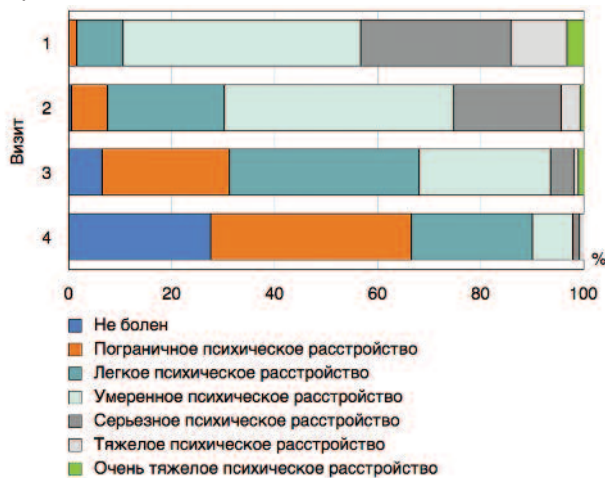
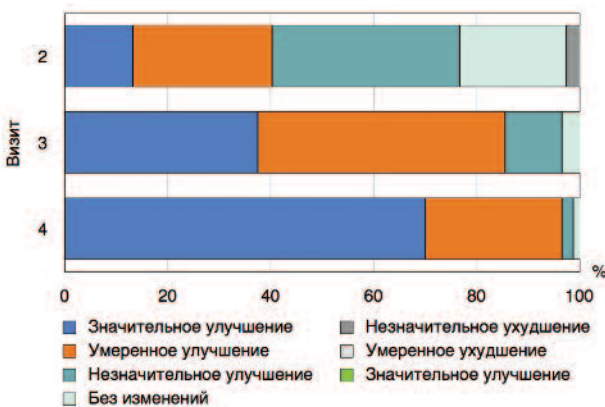


Рис. 3. Шкала общего клинического впечатления (динамика состояния, CGI-I).



Начало на стр. 23

средний возраст составил 52±14,3 года. У 64% пациентов диагностировано ДР, у 15% – ТР, у оставшихся 19% – сочетание ДР и ТР.

Большинство пациентов получали дозу 10 мг/сут от начала и до конца терапии. До включения в исследование 83% пациентов не получали лечение, 17% принимали какой-либо антидепрессант или анксиолитик. Для оценки тяжести состояния использовали опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory – II, BDI-II) и шкалу общего клинического впечатления (Clinical Global Impression rating scale – Severity, CGI-S). Для оценки изменения симптомов болезни использовали шкалу Clinical Global Impression rating scale – Improvement (CGI-I).

Среднее значение по опроснику BDI-II на 1-м визите составило 32,7 балла, на 2-м – 26,4 балла, на 3-м – 17,9 балла, на 4-м (после 8-й недели терапии) – 12,3 балла. Абсолютное значение улучшения состояния по BDI-II составило 20,4 балла. В относительных значениях показатели опросника BDI-II улучшились на 62,4% между 1 и 4-м визитом. Улучшение состояния по BDI-II было статистически значимым на каждом визите.

Данные оценки изменения тяжести состояния пациентов представлены на рис. 1.

При помощи шкалы CGI-S был обследован 351 (90,2%) пациент. Среднее количество баллов по CGI-S на 1-м визите составило 4,5,

на 2-м – 3,9, на 3-м – 3,0, на 4-м – 2,2. Абсолютное значение улучшения состояния составило 2,3 балла. В относительных значениях улучшение по шкале CGI-S – 51%. На момент окончания исследования у 63% пациентов симптомы депрессии и/или тревоги либо отсутствовали, либо достигли степени «пограничного психического расстройства». Лишь 1% пациентов соответствовали критериям «тяжело болен».

Данные по тяжести заболевания по шкале CGI-S представлены на рис. 2.

При помощи шкалы CGI-I были обследованы 296 пациентов (76,1% включенных в исследование). К моменту окончания периода наблюдения состояния улучшилось у 95% пациентов (выраженное или умеренное улучшение).

Данные о клинической эффективности препарата Элицея® по шкале CGI-I представлены на рис. 3.

Сопутствующую психофармакотерапию получали 56,3% пациентов, при этом наиболее часто назначался анксиолитик алпразолам: 15,7% включенных в исследование получали этот препарат на 1-м визите, 12,9% – на 2-м, 9,5% – на 3-м, 5,1% – на 4-м.

Общая клиническая эффективность препарата Элицея® оценивалась с точки зрения пациентов (анализ включал мнение 357 пациентов) и врачей (мнение о 363 пациентах). На момент окончания исследования 63% пациентов и 69% врачей оценивали клини-

Рис. 4. Общая клиническая эффективность препарата Элицея® с точки зрения пациентов.

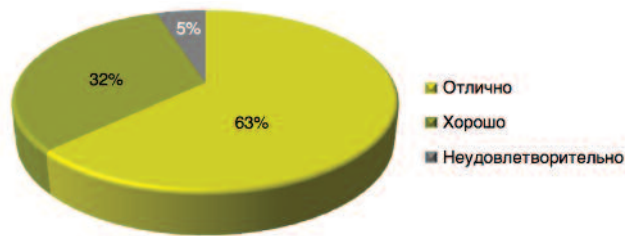


Рис. 5. Общая клиническая эффективность препарата Элицея® с точки зрения врачей.

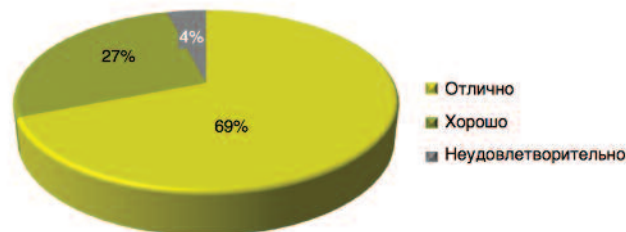


Рис. 6. Нежелательные явления (НЯ) при использовании препарата Элицея®.



ческую эффективность препарата Элицея® как «отличную», 32% пациентов и 27% врачей оценивали клиническую эффективность как «хорошую» и 5% пациентов и 4% врачей оценивали клиническую эффективность как «неудовлетворительную».

Данные об общей клинической эффективности препарата Элицея® представлены на рис. 4 и 5.

В анализ переносимости препарата Элицея® были включены 373 пациента. Переносимость была хорошая: у 89,3% пациентов не зарегистрировано нежелательных явлений (НЯ), у 39 (10,7%) возникли НЯ. При этом число пациентов, у которых возникшие НЯ, по мнению исследователей, были связаны с приемом эсциталопрама, на 4-м визите составило 1,1%. Наиболее частыми НЯ оказались тошнота (4,1%), головная боль (2,1%) и бессонница (0,8%); 4 (1,1%) пациента досрочно прекратили участие в исследовании по причине НЯ.

На рис. 6 представлены данные о частоте НЯ, основанные на тяжести и причинной связи с приемом препарата.

Заключение

Результаты исследования подтверждают клиническую эффективность препарата Элицея® (эс-

циталопрам), которая рассчитывалась по среднему показателю шкал BDI-II, CGI-S, CGI-I. Наиболее часто применявшаяся доза препарата – 10 мг. По мнению авторов, это означает, что для большинства пациентов эта доза была достаточной и эффективной от начала и до конца исследования. Безопасность изучалась методом анализа НЯ, причинно связанных с приемом препарата. Установлено, что почти у 90% пациентов НЯ не развивались. Благодаря анксиолитическому эффекту препарата Элицея® число пациентов, получающих сопутствующую терапию алпразоламом, за время лечения существенно уменьшилось.

Результаты обследования с использованием шкал BDI-II, CGI-S, CGI-I, а также частота развития НЯ в проведенном исследовании сопоставимы с результатами международных исследований. На этом основании можно сделать вывод о том, что терапия препаратом Элицея® характеризуется простотой титрации доз, быстрым (уже после 1-й недели приема) началом действия, высокой эффективностью и хорошей переносимостью.

Таким образом, препарат Элицея® может быть рекомендован для лечения пациентов с ДР и ТР. ■

И снова о фобиях: от древности до наших дней

Знаете ли вы о том, что знаменитый древнерусский богатырь Илья Муромец страдал от амбулофобии: 33 года не мог заставить себя встать на ноги, поскольку патологически боялся ходить. Таефобия (страх быть погребенным заживо) преследовала Джорджа Вашингтона, первого президента Америки. Он был еще командующим вооруженными силами, подвергал свою жизнь риску ради того, чтобы спасти других людей, защищал страну от британских солдат. Создается впечатление, что такой человек должен быть бесстрашным? Но у Вашингтона был серьезный страх – он панически боялся преждевременного захоронения. Это особенно было заметно в последние дни его жизненного пути, в 1799 г., когда президент заставил своих помощников дать обещание, что они похоронят его только после двух дней ожидания. Таефобия была распространена и среди аристократии, и среди простых людей, которые жили в XVII–XVIII вв. Хотя в наше время эта фобия не такая известная, ситуации, когда человека преждевременно захоранивали, действительно происходили.



Петр I

Петра I угнетали пустые просторные помещения, что является вариантом агорафобии. Этой боязнь объясняется то, что помещения любимого Петром Летнего дворца в Петербурге отличаются малой площадью. Такой страх называется спацифобией и встречается довольно часто. Помимо этого царь Петр боялся разных насекомых (энтомофобия). Иосиф Сталин страшно боялся быть



Сталин

отравленным (токсикофобия), избегал летать на самолете и всегда ездил только на поезде (авиафобия), испытывал страх засыпания и ночных кошмаров (сомнифобия). Возможно, именно из-за сомнифобии он предпочитал работать ночью, а спать днем.

Нозокомефобия (боязнь больниц) преследовала 37-го президента США, испытывавшего панический страх перед госпиталями. Он верил, что, однажды очутившись в больничной палате, уже не выберется оттуда живым. В 1974 г. у Никсона обнаружили болезнь

Продолжение на стр. 26



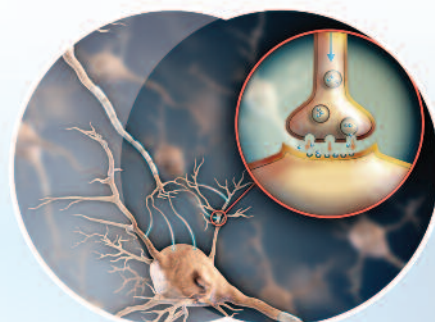
Стоп страхам!

АФОБАЗОЛ®

www.afobazol.ru

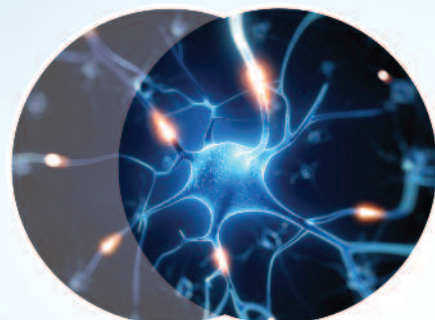
- **выраженное противотревожное,**
- **нейропротекторное и**
- **вегетостабилизирующее действия.**

Афобазол воздействует на σ_1 (сигма) и МТ-1,3 (мелатониновые) рецепторы.*



ЭФФЕКТЫ АФОБАЗОЛА, ОПСРЕДОВАННЫЕ σ_1 (СИГМА)-РЕЦЕПТОРАМИ.*

- ✔ Афобазол запускает сигма-белки - «ремонтный комплект» нейрона
- ✔ Афобазол восстанавливает связывание медиатора торможения - ГАМК с рецепторами
- ✔ Афобазол тормозит избыточное высвобождение Глутамата - медиатора возбуждения



ЭФФЕКТЫ ЛИГАНДОВ МТ (МЕЛАТОНИНОВЫХ) -1,3 РЕЦЕПТОРОВ.*

- ✔ Восстановление циркадных ритмов
- ✔ Формирование поведенческих реакций
- ✔ Регуляция настроения



Cerep

Данные по Афобазолу получены на основе радиолигандного анализа компанией «Сереп» Франция

phs Фармстандарт

Информация для медицинских специалистов. Подробную информацию смотрите в инструкции по применению

* Cuevas J. Afobazole modulates neuronal response to ischemia and acidosis via activation of sigma-1 receptors. J Pharmacol Exp Ther. 2011 Oct;339(1):152-60. Seredenin SB. Neuroreceptor mechanisms of the afobazole effect. Eksp Klin Farmakol. 2009 Jan-Feb;72(1). Seredenin SB. Interaction of afobazole with sigma1-receptors. Bull Exp Biol Med. 2009. 148:42-44. Monnet FP. Sigma-1 receptor as regulator of neuronal intracellular Ca2+: clinical and therapeutic relevance. Biol. Cell 2005 Dec;97(12):873

ОАО «Фармстандарт», www.pharmstd.ru
ОАО «Фармстандарт-Лексредства»
Рег.уд.: ЛС-000861 от 04.04.11 г.



Иван и Вера Бунины

Начало на стр. 25

крови, но на лечение он ехать отказался. Врачи предупредили его, что в случае отказа от госпитализации он умрет. Только так Никсона удалось убедить поехать в больницу. Этот страх является достаточно распространенным.

Айлурофобией (боязнью кошек) страдал Наполеон Бонапарт, император Франции, политический



Ким Бейсингер

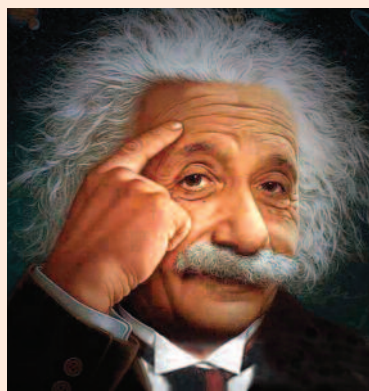
лидер и прекрасный полководец. Не полагайте, что это шутка. Наполеон боялся котов до смерти. Но причины этой фобии полководца неизвестны. Этот страх знаком многим известным всему миру правителям – Гитлеру, Муссолини и Юлию Цезарю. Вера Бунина заходила в истерику при виде кошек. Переехав с мужем – писателем Иваном Буниным на дачу на Лазурном берегу Франции, первым делом распорядилась убить соседскую мурку, забежавшую на чужую территорию. Нет животного – нет проблемы! Британская поп-звезда Джамелия, одержимая аналогичным страхом, поступает намного гуманнее. «Я до смерти боюсь кошек, – признается певица. – Когда вижу, что одна из них идет мне навстречу, перехожу на другую сторону улицы».

Алла Пугачева боится потерять в темном зале (лигрофобия). Такое уже случилось: спустилась собрать цветы у зрителей и... не смогла вернуться на сцену. Заблудившись, впала в панику и принялась метаться между креслами. Теперь во всех ее гастрольных контрактах есть пункт: «Края сцены и лестницы в зал должны быть очерчены белой краской».

Существуют особенные курьезные случаи фобий, которые ставили звезд в самые неловкие положения. Например, социофобия. Даже школьникам известно это слово. В свое время этот страх сыграл довольно злую шутку со знаменитостями: Барбара Стрейзанд, боясь публичных выступлений, одним прекрасным днем далекого 1967 г. забыла слова нескольких песен. Самое забавное, что это случилось на концерте, и не где попало, а в Центральном парке Нью-Йорка! С тех пор она отказывалась от предложений выступать в особо людных местах. А полностью избавилась от своей



Луций Анней Сенека



Альберт Эйнштейн

фобии лишь в 1994 г., вновь дав большой концерт. Примечательно, но боязнью социальных выступлений страдали в свое время Лоуренс Оливье, Альберт Эйнштейн и Том Хенкс. Даже Бернанд Шоу в свое время мучился страхом людей, но, преодолев его, стал Великим Бернардом Шоу.

Самую злую роль социальный недуг сыграл в жизни Ким Бейсингер, которая, получая Оскар, не смогла произнести ничего членораздельного, хотя несколько дней до события репетировала свою речь. Однако наиболее отличившимся на почве боязни толпы и социальных выступлений был и остается Джордж Буш младший. Его «паки» в адрес пакистанцев и «Елизавета Одиннадцатая» в присутствии Елизаветы Второй не только породили кучу анекдотов, но и помогли защитить много научных трудов по публичному психоанализу.

Древнеримский философ Луций Анней Сенека (младший) в одном из своих произведений писал: «Если хотите ничего не бояться, помните, что бояться можно всего». Стоит задуматься над этим мудрым высказыванием, и это поможет избавиться от любого страха. ■

Цитата

Больные подождут

Киевская психиатрическая больница выделила 250 тыс. гривен на нужды армии

19 марта 2014 г.

Добровольная акция киевских специалистов в области психического здоровья. Киевская психиатрическая больница №1 выделила 1/4 млн гривен (более 30 тыс. дол. США) на поддержку украинской армии. Об этом заявил директор этой психбольницы Вячеслав Мишиев. Инициативу проявили сотрудники психиатриче-

ского стационара: врачи, медсестры и санитары. Средства будут перечислены на счета Минобороны Украины. О реакции пациентов и их родственников ничего не сообщается.

Вячеслав Мишиев, директор Киевской клинической психоневрологической больницы №1: «Я стою на позиции того, что меди-

цинский работник не должен быть политизирован. Дело медика – оказывать помощь, предоставлять медицинские услуги бороться за его здоровье, за его жизнь, эта акция, идущая из глубины души, с пониманием того, что происходит, с пониманием серьезности ситуации в украинской армии». ■



Вручение медали Крепелина–Альцгеймера

Сердечно поздравляем нашего главного редактора – профессора Петра Викторовича Морозова с высокой наградой – медалью Крепелина–Альцгеймера, присуждаемой отделом психиатрии Мюнхенского университета. Награду нашему ученому вручал сам профессор Ханс-Юрген Мёллер.

Медаль получена за «выдающиеся научные достижения, лечение больных и за развитие научных связей с кафедрой психиатрии Мюнхенского университета». Вручение медали происходило в переоборудованном конференц-зале клиники, в месте, где ранее располагалась лаборатория Алоиза Альцгеймера.



*Certificate for the
Kraepelin-Alzheimer Medal
of the Psychiatric Department
of the University of Munich*

*The Kraepelin-Alzheimer Medal is
awarded to*

*Professor Dr. Petr Morozov
Moscow, Russian Federation*

*for the excellent work in psychiatric
research and psychiatric care, as well as for his
close relationship with the Psychiatric Universi-
ty Department Munich*

Munich, March 06, 2014

Hans-Jürgen Möller
Professor Dr. Hans-Jürgen Möller



«Я гляжу на фотокарточку...»

Все новые и новые фотографии поступают к нам в редакцию. Сегодня мы публикуем одну из них – нам прислали ее из Украины. Мы вновь возвращаемся в 1960 г. и видим на ней ряд психиатров, упоминавшихся в настоящем «Дневнике психиатра» в рубрике «Письма войны». Цикл психиатров Центрального института усовершенствования (врачей).

В первом ряду (слева направо): В.Н.Фаворина (вторая), далее – В.М.Морозов, Р.Е.Люстерник, А.В.Снежневский, Г.А.Ротштейн.

Может быть, кого-то узнали и Вы?



Фото с конгресса ЕПА



Лица нашей молодой психиатрии – Д.Смирнова, Ю.Зайцева.



Профессор М.Май: «Эта новая классификация – такая пурга, скажу я вам!»

Эрик XIV (1533–1577)



Эрик XIV – король Швеции, славившийся блестящим образовани-

ем, изысканным артистизмом, политическими амбициями (он мечтал об укреплении Швеции за счет внешних и внутренних войн), а также серьезным психическим расстройством – шизофренией.

Одним из наиболее явных признаков развития болезни стало жестокое убийство семьи Стуре из города Уппсала, совершенное королем в 1567 г., после этого Эрик был отстранен от короны своими братьями, Юханом и Карлом, и вместе с семьей сослан в замок Турку. Внешне это напоминало обычную резервацию, но фактически было настоящим тюремным заключением – железные решетки на окнах, опорная железная обивка на воротах и дверях и 63 вооруженных охранника.

Однако свергнутый монарх не смирился с этой участью и начал



Замок Турку.

готовить тайный сговор с русским царем Иваном IV в надежде, что Грозный освободит его. Этот коварный замысел был раскрыт, и в последние годы жизни Эрик

сменил несколько мест заточения, пока не был отравлен мышьяком, подмешанным по приказу его брата в тюремную баланду. ■

Благодарность

Представительство Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в Восточноевропейском регионе выражает глубокую благодарность компании «Валента» за ее поддержку образовательных мероприятий ВПА, приуроченных к Пятому национальному конгрессу по социальной и клинической психиатрии «Психиче-

ское здоровье – фактор социальной стабильности и гармоничного развития общества», который проходил в Москве с 11 по 13 декабря 2013 г. и был организован Министерством здравоохранения РФ и ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского».

Конгресс объединил всех ведущих психиатров страны и видных зарубежных ученых. Присутствие представителей Минздрава России, Всемирной организации здравоохранения и ВПА подчеркнуло значимость и важность данного мероприятия. ■

*Профессор П.В.Морозов,
представитель ВПА*



В последнюю минуту

Кафедра психиатрии Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского



Профессор, д.м.н. В.А.Вербенко

Заведующий кафедрой – профессор, д.м.н. Виктория Анатольевна Вербенко.

Родилась в г. Симферополе. Окончила КМУ в 1991 г. Кандидат медицинских наук (1999 г.). Тема: «Клиника шизофрении с учетом динамики мозговой организации». Доктор медицинских наук

(2008 г.). Научная тематика: «Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении: патогенез, клиника, терапия».

Автор свыше 100 научных и научно-методических работ, в том числе 8 пособий и учебников: «Краткий курс психиатрии. Международная классификация болезней (10-й пересмотр)», «Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов», «Психиатрическая клиника. Учебное пособие для студентов и врачей-интернов», «Нейропсихология», «Деменция. Справочник врача», «Психические болезни. Краткий справочник», «Psychiatry. Manual for medical students» и 5 патентов на изобретения.

Клинические базы

КРУ «Психиатрическая больница №1»

КРУ «Психиатрическая больница №5»

Состав кафедры

Д.м.н., профессор А.Е.Двирский; д.м.н., профессор А.А.Двирский; д.м.н., доцент Л.Н.Гуменюк; к.м.н., доцент А.А.Убейконь; к.м.н., доцент Е.А.Михайлова; к.м.н., доцент В.А.Мельников; к.м.н., доцент В.Н.Клинок; к.м.н., доцент В.В.Сойко; к.м.н., ассистент Е.С.Галлидра; к.м.н., ассистент А.В.Назаров; к.м.н., ассистент И.В.Илиади; к.м.н., ассистент А.В.Ежов; к.м.н., ассистент Н.С.Ольшевская; к.м.н., ассистент Е.Н.Примышева; к.м.н., ассистент А.Л.Малев.



Научное направление кафедры

Эволюционная психиатрия, генетика психических расстройств, клиническая этология, психотерапия.

Кафедра выпускает с 1992 г. «Таврический журнал психиатрии».

Проводятся ежегодные республиканские конференции по клинической психиатрии и психоанализу.

Крымская республиканская ассоциация психиатров насчитывает 227 специалистов.

Все сотрудники кафедры имеют второе высшее образование по практической психологии. ■

Контактный телефон:
+380 (0652) 25-53-80.
Крым, г. Симферополь,
ул. Р.Люксембург, 27.