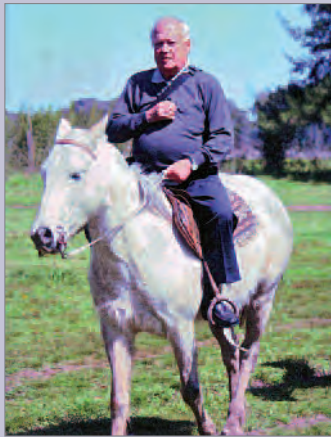




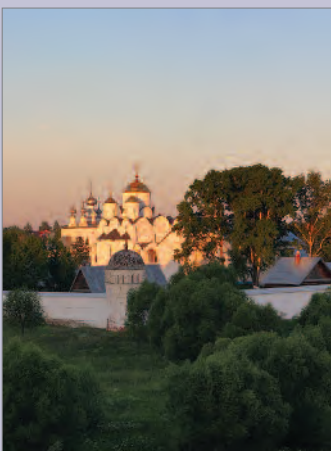
Президенты психиатрических обществ 10-й Зоны ВПА на встрече в Харькове, 2012 г.



Еще Polfa не сгинела!



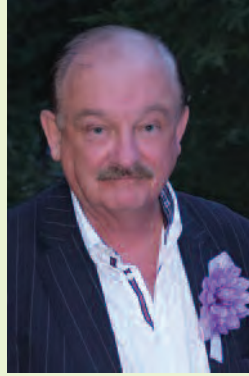
Загадка Иеронима Босха



XII Всероссийская школа молодых психиатров «Суздаль-2015»

Сто слов на первой полосе

Psychiatry United



Этот номер начинается с большой коллективной международной работы. Президенты психиатрических обществ, входящих в Восточно-европейский регион ВПА, с 2011 года проводят регулярные совещания. На встрече в Харькове (2012) был организован симпозиум, посвященный сравнительной оценке развития психиатрических служб наших стран. В Алматы (2013) было решено провести данное коллаборативное исследование, с помощью которого предстояло создать объективную картину развития психиатрических служб в наших странах за постсоветский период. В регионе, где две пары стран не имеют дипломатических отношений, а отношения двух других не радуют, психиатры показывают всем достойный пример эффективного сотрудничества. Их молодые коллеги следуют их примеру в рамках Академии ВПА-Сервье. Психиатрия объединяет!

Профессор П.В.Морозов, главный редактор

10 зона ВПА

Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве



П.В.Морозов (ВПА, Россия), Н.Г.Незванов (Россия), О.В.Лилманкин (Россия), П.В.Волошин (Украина), Н.А.Марута (Украина), С.А.Алтынбеков (Казахстан), М.А.Хотиняну (Молдова), Т.И.Галако (Кыргызстан), О.А.Скугаревский (Белоруссия), А.Согоян (Армения), Н.В.Исмаилов (Азербайджан), Э.Чкония (Грузия), У.Х.Алимов (Узбекистан), Н.И.Ходжаева (Узбекистан)

Психические расстройства являются одной из главных проблем общественного здравоохранения в европейском регионе и мире с точки зрения распространенности, тяжести бремени заболеваний и инвалидности. Имеются веские доказательства эффективности лечения и ухода за пациентами с психическими расстройствами

Продолжение на стр. 2

Главный редактор: проф. П.В.Морозов
E-mail: media@mentica.ru
 Газета зарегистрирована в Государственном комитете Российской Федерации по печати.
 Рег. 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.Шадревский

«МедиаМентика»
Директор: Т.Л.Скоробогат
Менеджер по рекламе: Н.А.Зуева
Адрес: 115054, Москва, Жуков проезд, стр. 19
Почтовый адрес: 127055, Москва, д/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.

Рис. 1. Заболеваемость психическими расстройствами в Азербайджане, Кыргызстане, Грузии, Армении, Казахстане, Узбекистане, Украине, России, Молдове, Беларуси.

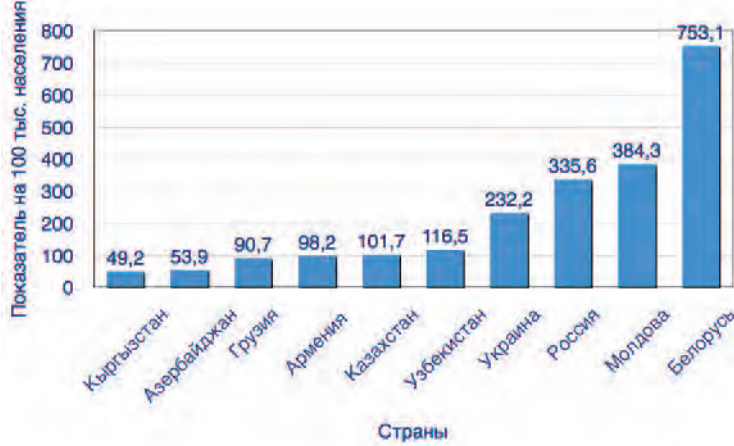


Рис. 3. Распространённость психических расстройств в Кыргызстане, Казахстане, Узбекистане, Азербайджане, Армении, Грузии, Украине, Молдове, России.

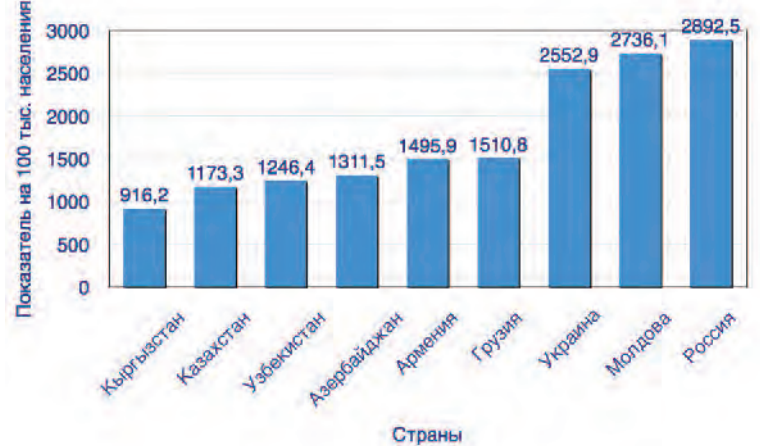


Рис. 2. Структура заболеваемости психическими расстройствами в России, Молдове, Украине, Кыргызстане, Армении и Азербайджане.

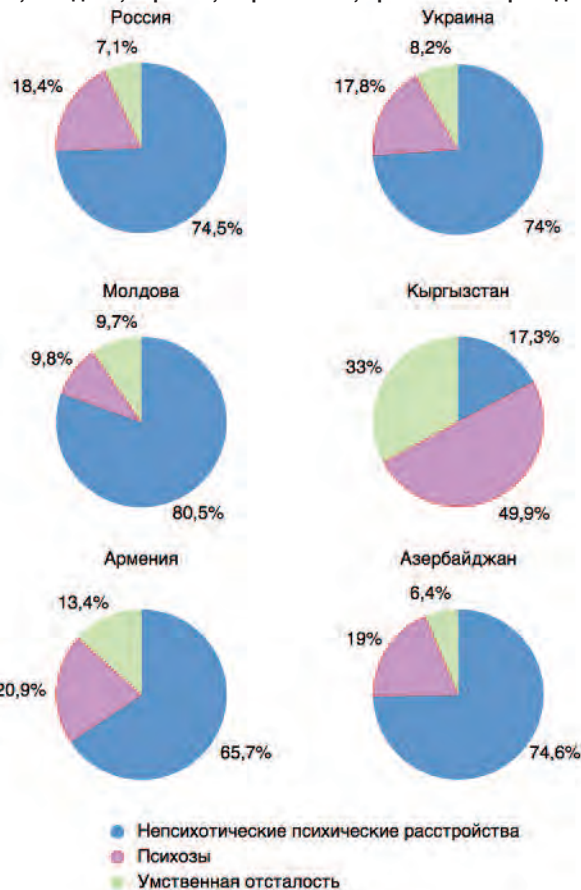
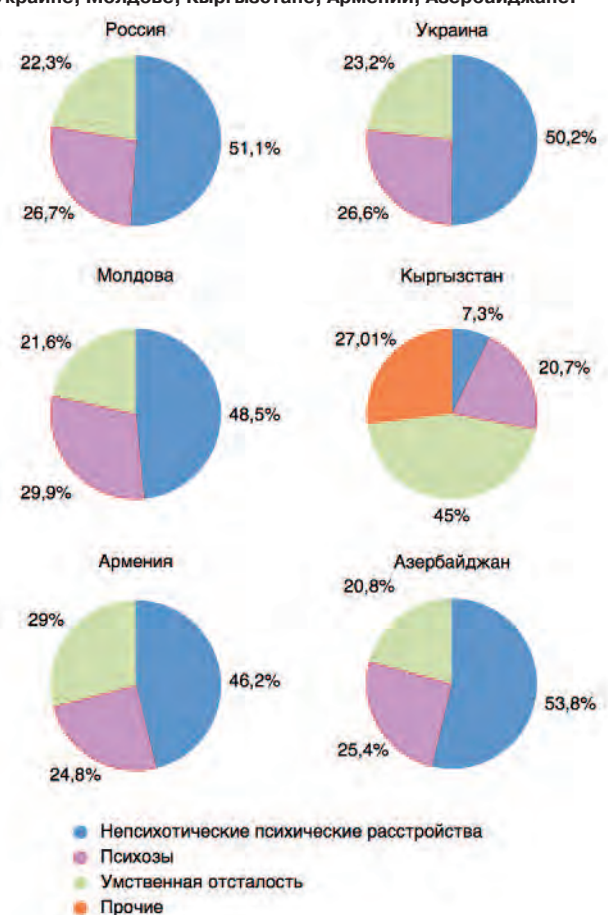


Рис. 4. Структура распространённости психических расстройств в России, Украине, Молдове, Кыргызстане, Армении, Азербайджане.



Начало на стр. 1

и сопутствующими заболеваниями. Однако большинство людей с проблемами в области психического здоровья не получает адекватной помощи, что способствует прогрессированию патологии, развитию нежелательных медико-социальных последствий.

Ограниченный доступ к службам охраны психического здоровья, а также проблемы с обеспечением интегрированного ухода лишь частично объясняют позднее обращение пациентов в службы психического здоровья. Даже когда услуги доступны, многие из тех, кто сталкивается с этими проблемами, избегают или откладывают лечение, предпочитают не поддерживать контакт со службами охраны психического

здоровья. Частично это объясняется стигматизацией, страхом предрассудков и дискриминации. Еще одной причиной, по которой службам не удастся привлечь людей к лечению, является негативный опыт лечения и ухода, а также заниженные ожидания результатов лечения.

В каждой стране в сфере служб психического здоровья есть примеры новаторства и совершенства, которые могли бы принести пользу и в других странах, если бы страны делились информацией, распространяли знания и предпринимали совместные действия. Однако необходимо признать тот факт, что в каждой стране существует своя, отличающаяся от других стран, система управления и финансирования здравоохранения, своя ситуация с ре-

сурсами и обеспечением, свои функции и зоны ответственности у смежных секторов, показатели экономического роста, демографии и культуры населения, ожидания от услуг по здравоохранению. Примеры совершенства не могут быть перенесены из одной страны в другую без приспособления и адаптации.

Вместе с тем сопоставление показателей, характеризующих психическое здоровье и отражающих работу психиатрических сервисов в разных странах, позволяет оценить динамику развития той или иной службы и очертить первоочередные задачи, стоящие на пути улучшения психического здоровья.

Тесное взаимодействие психиатрических обществ – членом Всемирной психиатрической ассо-

циации (ВПА) стран постсоветского пространства (Восточно-Европейский регион – зона 10 ВПА) позволило авторам статьи представить читателям основные характеристики психического здоровья и тенденции развития психиатрических служб в России, Украине, Молдове, Грузии, Азербайджане, Кыргызстане, Казахстане и Узбекистане.

Показатель заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в перечисленных странах характеризуется значительными колебаниями с максимальными значениями в Беларуси (753,1 на 100 тыс. населения), Молдове (384,3 на 100 тыс. населения) и в России (335,6 на 100 тыс. населения) и минимальными – в Кыргызстане и Азербайджане (49,2 и 53,9 на 100

Рис. 5. Число лиц с психическими и поведенческими расстройствами, имеющие группу инвалидности в Узбекистане, Кыргызстане, Грузии, Азербайджане, Армении, Беларуси, Украине, России, Молдове.



Рис. 6. Структура контингента больных, имеющих инвалидность в России, Украине, Молдове, Кыргызстане, Казахстане, Армении.



Рис. 7. Доля суицидов, совершенных лицами с психическими и поведенческими расстройствами, среди населения Казахстана, Узбекистана, Молдовы, Украины, Кыргызстана, Армении.

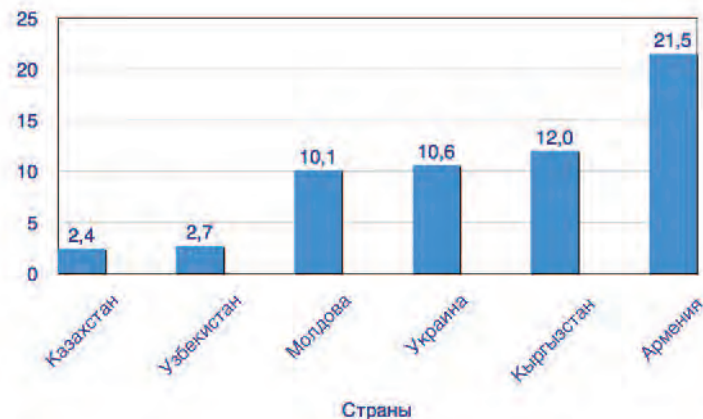


Рис. 8. Число психиатрических коек в России, Украине, Беларуси, Азербайджане, Молдове, Казахстане, Кыргызстане, Грузии, Узбекистане, Беларуси, Армении.

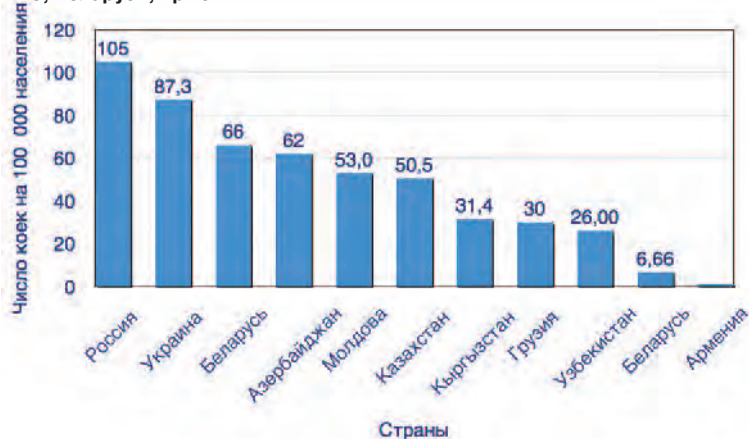


Рис. 9. Средняя длительность пребывания пациента в стационаре в Грузии, России, Казахстане, Украине, Кыргызстане, Армении, Беларуси, Узбекистане, Азербайджане, Молдове.



тыс. населения соответственно) (рис. 1).

Поскольку показатели заболеваемости в определенной степени характеризует выявляемость психических расстройств, можно отметить высокий уровень их выявляемости в Беларуси, Молдове и России и низкий – в Кыргызстане и Азербайджане. При этом важным является оценка динамики данного показателя: тенденции к снижению выявляемости психических расстройств проявляются в России, Украине и Казахстане, а к возрастанию – в Грузии, Молдове и Кыргызстане.

Анализ структуры заболеваемости показывает ее схожесть в подлежащих анализу странах (рис. 2).

Преобладающими в структуре заболеваемости в большинстве стран являются непсихотические

психические расстройства: 80,5% – в Молдове; 74,5% – в России; 74,0% – в Украине; 74,6% – в Азербайджане; 65,7% – в Армении. За ними следуют психотические расстройства: 18,4% – в России; 17,8% – в Украине; 9,8% – в Молдове. Самым низким удельным весом в структуре заболеваемости обладает умственная отсталость: 13,4% – в Армении; 9,7% – в Молдове; 8,2% – в Украине; 7,1% – в России; 6,4% – в Азербайджане. Структура заболеваемости психическими расстройствами в Кыргызстане имеет определенные особенности и отличается от описанной: наиболее представленными в ней являются психотические расстройства (49,7%), реже встречается умственная отсталость (33,0%), редко – непсихотические психические рас-

стройства (17,3%). Это можно объяснить низкой обращаемостью к специалистам пациентов с непсихотическими расстройствами из-за высокого уровня стигматизации, а также культуральных особенностей восприятия психических расстройств и «вынужденностью» обращения за помощью при развитии психотической симптоматики или необходимости получения группы инвалидности.

Показатель распространенности психических и поведенческих расстройств в анализируе-

мых странах также характеризуется широким диапазоном колебаний: от 2892,5 (на 100 тыс. населения) в России до 916,7 (на 100 тыс. населения) в Кыргызстане (рис. 3).

Оценивая величину данного показателя, следует отметить, что он отражает численность пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, находящихся под наблюдением в психиатрической службе. Представленные на рис. 3 данные свидетельствуют о

Продолжение на стр. 4

Рис. 10. Показатель госпитализированной заболеваемости в Беларуси, Украине, Молдове, России, Казахстане, Кыргызстане, Азербайджане, Грузии.

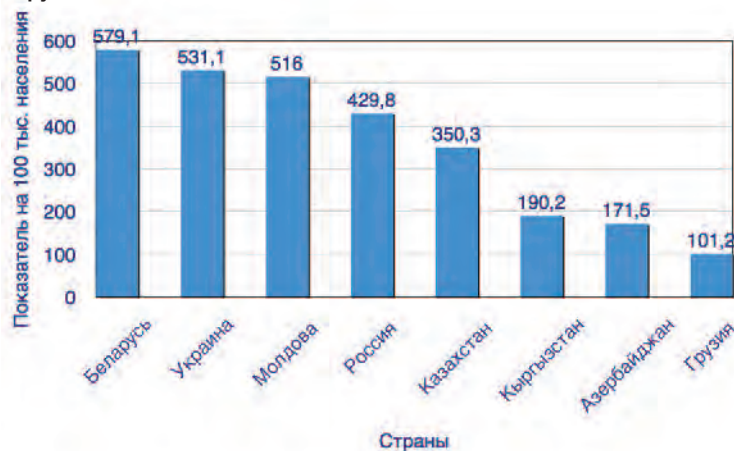
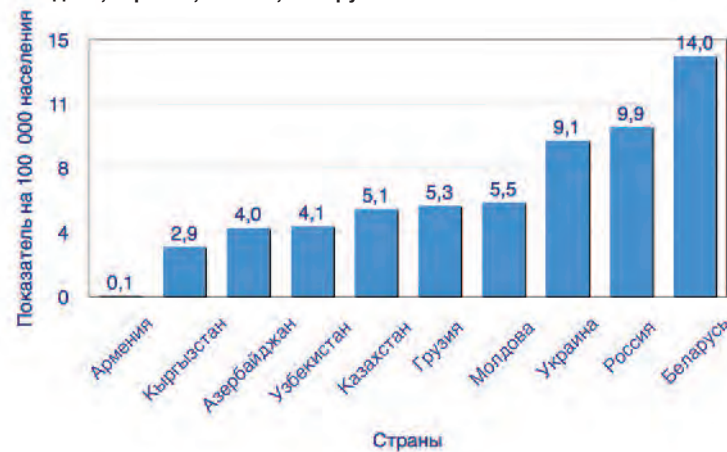


Рис. 11. Показатели недобровольной госпитализации пациентов с психическими и поведенческими расстройствами в России, Кыргызстане, Украине, Казахстане.



Рис. 12. Число врачей-психиатров (занятых должностей), работающих в психиатрической службе (показатель на 100 000 населения) в Армении, Кыргызстане, Азербайджане, Узбекистане, Казахстане, Грузии, Молдове, Украине, России, Беларуси.



Начало на стр. 3

том, что тенденция к возрастанию этой численности в большей степени проявляется в России, Молдове и Украине, а снижение отмечается в Грузии, Кыргызстане и Казахстане.

Представленные данные при сопоставлении с численностью населения показывают, что в России процент обращающихся за психиатрической помощью составляет 2,8% от всего населения, в Украине – 2,5%, Молдове – 2,7%, Грузии – 1,5%, Узбекистане – 1,24%, Казах-

стане – 1,15%, в Кыргызстане – 0,9%. Для сравнения следует отметить, что аналогичный показатель в европейских странах составляет 38,2%, отражая доступность и дестигматизацию служб психического здоровья.

Изучение структуры распространенности психических расстройств показывает, что в Азербайджане, России, Украине, Молдове и Армении преобладающее число наблюдающихся в службах психического здоровья пациентов страдает непсихотическими психическими расстройствами

(53,8; 51,1; 50,2; 48,5; 46,2% соответственно) (рис. 4).

Меньшую долю в структуре распространенности занимают психотические расстройства (25,4; 26,7; 26,6; 29,9; 24,8% соответственно), реже встречается умственная отсталость (20,8; 22,3; 23,2; 21,6; 29,0% соответственно). Структура распространенности психических и поведенческих расстройств в Кыргызстане отличается от описанной выше: преобладающей патологией является умственная отсталость (45,0%), психотические и другие расстройства встречаются реже (20,7 и 27,1% соответственно).

Оценивая показатель инвалидности вследствие психических и поведенческих расстройств в странах постсоветского пространства, следует отметить высокие его значения в Молдове, России, Украине (834,1; 722,3; 608,1 соответственно) и более низкие – в Кыргызстане и Узбекистане (310,0 и 293,0) (рис. 5).

Характеризуя структуру инвалидности вследствие психических и поведенческих расстройств в анализируемых странах, следует отметить, что ведущими причинами развития стойкой нетрудоспособности являются шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, умственная отсталость и органические расстройства (рис. 6).

Наиболее распространенными причинами инвалидности в России являются шизофрения, шизотипические и бредовые (36,1%) и органические расстройства (37,1%). В Украине к ведущим причинам инвалидности также относятся шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства (34,5%) и умственная отсталость (34,5%). Структура инвалидности в Кыргызстане, Казахстане, Армении и Молдове характеризуется преобладанием умственной отсталости (53,4; 41,0; 37,5 и 36,4% соответственно), а также шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (23,2; 26,0; 36,4 и 27,1% соответственно). Показатель инвалидности в большинстве стран является возрастающим, что отражает неблагоприятные тенденции развития стойкой утраты трудоспособности вследствие психических и поведенческих расстройств и низкую эффективность мероприятий психосоциальной реабилитации.

Наибольшую информацию о суициальном поведении пациентов с психическими и поведенческими расстройствами содержит показатель, отражающий долю суицидов, совершенных пациентами с психическими и поведенческими расстройствами в структуре всех совершенных в стране суицидов (рис. 7).

Как свидетельствуют данные рис. 7, процент пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, совершивших суициды, в структуре всех суицидов является малой величиной и

составляет в Армении – 21,5%, Кыргызстане – 12,0%, Украине – 10,6%, Молдове – 10,1%, Узбекистане – 2,7%, в Казахстане – 2,4%.

Каковы особенности структуры психиатрической службы в странах постсоветского пространства и соответствует ли эта структура специфике эпидемиологической ситуации, сложившейся в подлежащих анализу странах?

Изучение числа психиатрических коек на 100 тыс. населения в анализируемых странах отражает значительные колебания этого показателя (рис. 8).

Представленные на рис. 8 данные убедительно свидетельствуют о том, что в наибольшей степени ориентированными на оказание стационарной психиатрической помощи остаются сервисы России и Украины (105,0 и 87,3 на 100 тыс. населения соответственно), в то время как в Армении и Беларуси значения этого показателя низкие (1,12 и 6,66 на 100 тыс. населения соответственно). Следует отметить, что во всех странах динамика этого показателя характеризуется снижением и при соответствующем расширении внебольничного сектора отражает позитивную тенденцию деинституализации психиатрической помощи.

Дополнительную информацию о структуре психиатрических сервисов дает показатель средней длительности пребывания пациента в стационаре (рис. 9).

Наибольших значений этот показатель достигает в Грузии (101,2) и России (76,7), наименьших – в Молдове (33,0) и Азербайджане (33,0). Необходимо отметить, что во всех странах постсоветского пространства длительность пребывания пациента в стационаре выше, чем в странах, где функционирует модель работы службы, ориентированная на оказание помощи в сообществе.

Показатель госпитализированной заболеваемости подтверждает, что основным функциональным звеном в этих странах является стационарная психиатрическая помощь (рис. 10).

Наибольших значений показатель госпитализированной заболеваемости достигает в Беларуси, Украине, Молдове и России (579,1; 531,1; 516,0; 429,8 соответственно), наименьших – в Грузии и Азербайджане (101,2 и 171,5 соответственно).

Показатели недобровольной госпитализации также существенно различаются в анализируемых службах и колеблются в диапазоне от 11,1% в Кыргызстане до 1,0% в Казахстане (рис. 11).

Высокие показатели недобровольной госпитализации свидетельствуют об активности психиатрической службы, ее профилактической направленности и налаженном межведомственном взаимодействии.

Кадровое обеспечение психиатрической помощи имеет свои особенности в разных странах постсоветского пространства.

Наиболее высокие показатели занятых врачами-психиатрами должностей выявлены в Беларуси, России и Украине (14,02; 9,9 и 9,1 на 100 тыс. населения соответственно), самые низкие – в Армении (0,05 на 100 тыс. населения) (рис. 12).

Соотношение занятых должностей врачей-психиатров в стационарном и амбулаторном звене также является информативным показателем, отражающим преобладающий вектор оказания психиатрической помощи (рис. 13).

Преобладание занятых врачебных должностей в стационаре в психиатрических службах Молдовы и Украины (2,9 и 5,0 на 100 тыс. населения) свидетельствует об их стационарной ориентации. Возрастание показателя для амбулаторного звена в психиатрических сервисах Беларуси, Грузии и Узбекистана отражает процесс переориентации службы на внебольничную помощь (8,8; 3,4 и 2,6 на 100 тыс. населения соответственно).

Следует отметить, что динамика показателя занятости должностей врачей-психиатров существенно различается в анализируемых странах. В психиатрических службах Грузии и Казахстана этот показатель возрастает, в России – характеризуется стабильностью, а в Украине – медленно снижается.

В работе мультидисциплинарной бригады, которая обеспечивает оказание психиатрической помощи в социально ориентированной службе, важная роль принадлежит медицинской сестре.

Число медицинских сестер, работающих в психиатрических сервисах, существенно различается (рис. 14).

При этом наиболее высокий показатель занятых должностей выявляется в Украине (28,0 на 100 тыс. населения), а наиболее низкий – в Армении (0,114 на 100 тыс. населения). Функции медицинской сестры в процессе оказания психиатрической помощи являются значительным резервом, использование которого позволяет значительно усилить ее психологическую составляющую за счет проведения психообразования, психотерапии и психосоциальных тренингов.

Анализ показателя укомплектованности штатных должностей в психиатрических службах отражает их недостаточную укомплектованность, прежде всего врачами-психиатрами (рис. 15).

Характеризуя представленные данные, необходимо отметить недостаточную укомплектованность врачами-психиатрами служб психического здоровья во всех странах, что бесспорно снижает возможности обеспечения населения психиатрической помощью.

Обобщая представленные данные, следует отметить, что эпидемиологическая ситуация в сфере психического здоровья в странах постсоветского пространства отличается низкими (по сравнению

со странами Европейского союза) показателями заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств. Это может быть обусловлено, с одной стороны, структурно-кадровой организацией психиатрических сервисов, их недостаточной интегрированностью в сообщество и доступностью, а с другой – стигматизацией психиатрической помощи.

Анализ представленных данных позволяет заключить, что в структуре заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств в большинстве стран преобладают их непсихотические формы, лечение и реабилитация которых требуют оказания помощи преимущественно в амбулаторных условиях. Исключениями в описанной тенденции являются показатели заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств в Кыргызстане, где в структуре анализируемых показателей большую часть составляют расстройства психотического уровня и умственная отсталость, что во многом обусловлено низкой обращаемостью пациентов в психиатрические службы и высоким уровнем стигматизации.

Показатели инвалидности вследствие психических и поведенческих расстройств являются важными индикаторами состояния психического здоровья общества. К сожалению, в большинстве стран эти показатели являются высокими, что ассоциируется с их причинными факторами, в качестве которых чаще всего регистрируются психозы и умственная отсталость. Вместе с тем такая ситуация отражает и недостаточную эффективность мероприятий психосоциальной реабилитации в службах психического здоровья.

Изучение структурной организации психиатрических служб показывает, что все сервисы развиваются в направлении создания социально ориентированной психиатрической помощи, фундаментальным принципом которой является оказание помощи в сообществе с максимальным использованием возможностей микросоциального окружения. При этом самоопределение пользователя службы и обеспечение семейной поддержки рассматриваются в качестве ключевых ценностей в данной модели оказания помощи.

Описанные направления развития психиатрических служб в странах постсоветского пространства подтверждаются снижением численности коечного фонда, сокращением длительности пребывания пациентов в стационаре, возрастанием числа занятых должностей врачей-психиатров, работающих в амбулаторном звене. Перечисленные тенденции отражают процесс деинституализации, который при условии обеспечения развития

Рис. 13. Соотношение врачей психиатров, работающих в стационарной и амбулаторной службах в Грузии, Молдове, Кыргызстане, Украине, Узбекистане, Азербайджане, Беларуси.

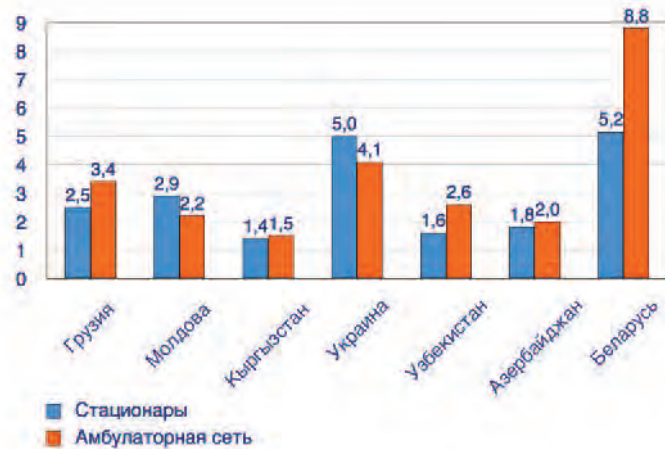


Рис. 14. Число медицинских сестер (занятых должностей), работающих в психиатрических учреждениях в Молдове, Украине, Грузии, Кыргызстане, Армении, Азербайджане.

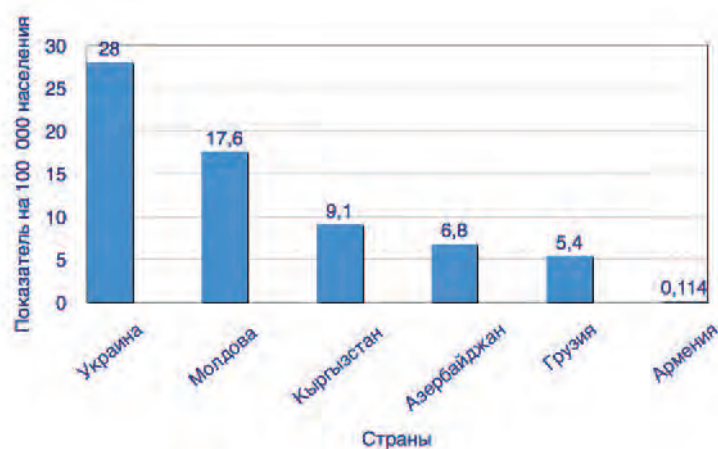
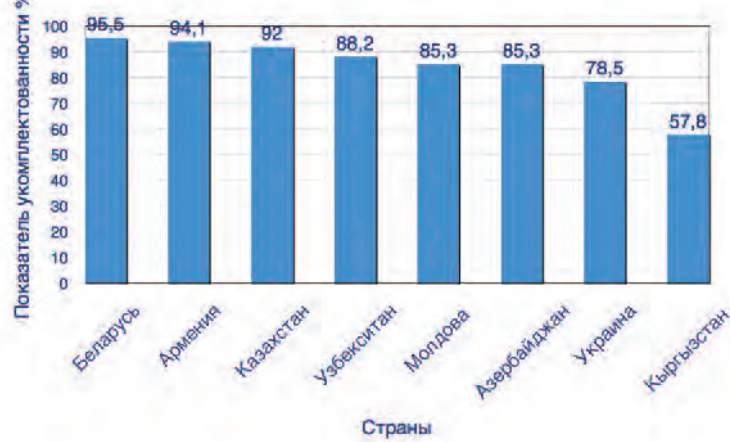


Рис. 15. Показатель укомплектованности штатных должностей врачами-психиатрами в психиатрических учреждениях Молдовы, Кыргызстана, Украины, Казахстана, Узбекистана, Армении, Азербайджана, Беларуси.



внебольничного звена оказания помощи и является основной тактикой развития социально ориентированной психиатрической службы.

Трудности движения в этом направлении проявляются в виде высоких показателей госпитализированной заболеваемости и низких показателей недобровольной госпитализации пациентов.

Особую роль в реформе психиатрических служб играет их кадровое обеспечение, направленное на развитие стратегии мультидисциплинарного подхода к

Продолжение на стр. 6

оказанию психиатрической помощи. При этом, по данным ВПА, число врачей-психиатров и медицинских сестер, соответствующее 10,5 и 32,95 на 100 тыс. населения, отражает высокий уровень развития службы. Особенности обеспечения в психиатрических сервисах подлежащих анализу стран показывают наличие разных тенденций в этом направлении.

Вместе с тем общей закономерностью развития сервисов является недостаточная укомплектованность должностей врачей-

психиатров, а также представителей других специальностей (врачей-психологов, социальных работников, врачей-психотерапевтов, арт-педагогов и др.), обеспечивающих функционирование мультидисциплинарной бригады.

Исходя из изложенного выше, основными задачами в укреплении психического здоровья в государствах – членах 10-й зоны ВПА следует считать:

- 1) модернизацию политики и законодательства в сфере охраны психического здоровья, направленную на развитие социально ориентированных психиатрических служб;
- 2) структурную «перестройку» психиатрических сервисов, основанную на сокращении стационарного звена при одновременном развитии внебольничного сектора помощи и под-

держки по месту жительства (психиатрические и психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения, поликлинические отделения психиатрических и психоневрологических больниц, дневные стационары, медико-психологические центры, центры психосоциальной реабилитации и кризисовой помощи, телефоны доверия, психиатрические кабинеты в поликлиниках и центральных районных больницах, мобильные бригады), что обеспечивает высокую эффективность психосоциальной терапии и реабилитации;

- 3) окончательный переход к биопсихосоциальной концепции оказания психиатрической помощи и, соответственно, мультидисциплинарному кадровому ее обеспечению с участием врачей-психиатров, врачей-

психотерапевтов, врачей-психологов, медицинских сестер, социальных работников, юристов и др.;

- 4) активное взаимодействие с первичным уровнем медицинской помощи с целью повышения уровня знаний врачей общей практики по проблемам психического здоровья;
- 5) проведение исследований и укрепление доказательной базы в сфере охраны психического здоровья, а также проведение мониторинга в этой области;
- 6) обновление программ обучения додипломного и последипломного образования для всех специалистов, занятых в сфере психического здоровья.

Реализация этих задач позволит существенно улучшить качество психиатрической помощи и сделать профилактическую составляющую основой ее оказания. ■

П.В.Морозов – Всемирная психиатрическая ассоциация, региональный представитель;
Н.Г.Незнанов – Российское общество психиатров (РОП), председатель правления;
О.В.Лиманкин – РОП, зам. председателя правления;
П.В.Волошин – Научно-практическое общество неврологов, психиатров и наркологов, президент
Н.А.Марута – Научно-практическое общества неврологов, психиатров и наркологов Украины, вице-президент;
С.А.Алтынбеков – Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья Республики Казахстан;
М.А.Хотиняну – Лига психического здоровья Республики Молдова;
Т.И.Галако – Кыргызская психиатрическая ассоциация;
О.А.Скугаревский – Белорусская психиатрическая ассоциация;
Н.В.Исмаилов – Азербайджанская психиатрическая ассоциация;
А.Согоян – Армянская психиатрическая ассоциация;
Э.Чкония – Общество психиатров Грузии;
У.Х.Алимов, Н.И.Ходжаева – Ассоциация психиатров Узбекистана

Из первых уст

Должны ли врачи-психиатры лечить ожирение у своих пациентов?¹



Lydia Chwastiak¹

¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, USA

²Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA

В развитых странах ожирение носит глобальный характер, и все остальные страны также имеют такую тенденцию. У пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями риск ожирения в 2–3 раза выше, что увеличивает риск связанной с ожирением как общей, так и преждевременной смертности. В связи с этим возникает вопрос: должен ли врач-психиатр лечить ожирение у своих пациентов? На этот вопрос мы



Cenk Tek²

можем со всей уверенностью ответить «да».

Во-первых, ожирение является следствием поведенческих проблем, когда люди едят слишком много, а двигаются слишком мало. Показано, что наилучшей эффективностью при лечении ожирения обладают поведенческие методы, обычно представляющие собой внедрение принципов здорового образа жизни. Как правило, они основаны на принципах когнитивно-поведенческой терапии и социальных когнитивных изменений. Являясь специалистами в области работы над изменением поведения, психиатры обладают всеми средствами для борьбы с этой болезнью.

Во-вторых, стало очевидно, что психотропные препараты, осо-

бенно антипсихотики, играют важную роль в развитии ожирения у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. Хотя при приеме психотропных препаратов рекомендуется предотвращать набор массы тела, это не всегда возможно. Многие пациенты на момент первого визита к психиатру уже имеют лишнюю массу тела или ожирение. Устранение лишней массы тела и ожирения является такой же неотъемлемой частью работы психиатра, как и устранение других побочных эффектов лекарственных препаратов – таких как двигательные нарушения и расстройство половой функции. Ожирение также связывают с повышением риска депрессии, снижением качества жизни и повышением уровня стигматизации в общества. Ожирение является настоящим бедствием, с которым должны бороться врачи-психиатры.

Ожирение в качестве побочного эффекта медикаментозной терапии

При борьбе с лишней массой тела необходимо, во-первых, не усугублять имеющуюся проблему побочными эффектами от лекарственных препаратов. Существуют убедительные доказательства того, что переход от лекарств, вызывающих прибавку в массе тела, к лекарствам, которые могут вызвать понижение массы

тела или никак на нее не повлиять, приводит к клинически значимому снижению массы тела. Подобный переход следует рассматривать для всех пациентов с ожирением, или для набравших за время лечения клинически значимое количество килограммов (более 5% от массы тела), или для пациентов, у которых имеются другие признаки выраженной дисфункции обмена веществ (например, плохо контролируемый сахарный диабет). Подобный переход на другой антипсихотический препарат может привести к снижению массы тела на 2–3 кг уже через 24 нед, а также к клинически значимым изменениям в уровнях холестерина, липопротеидов невысокой плотности, триглицеридов и глюкозы. В условиях тщательного клинического наблюдения переход на другой препарат может быть проведен без повышения риска госпитализации в психиатрический стационар или значительного обострения симптоматики.

Существует несколько простых принципов контроля за набором массы тела в качестве побочного эффекта. Любой лекарственный препарат, блокирующий центральные гистаминовые рецепторы 1-го типа (H₁-рецепторы), может привести к повышению аппетита и набору массы тела. Такими препаратами являются антипсихотики оланзапин и кветиапин, антидепрессант мirtазалин и некоторые старые трициклические антидепрессанты, центральные антигистаминные препараты, используемые для лечения тревоги, такие как гидроксизин. Следует избегать назначения таких препаратов в качестве терапии 1-й линии или, при возможности, осуществлять переход на их ана-

¹World Psychiatry 2014; 13 (2): 193–5 (перевод статьи. М.Ю.Даниловой, под ред. М.К.Резникова).

логи, обладающие меньшим риском повышения массы тела. Многие из этих препаратов вызывают блокаду серотониновых рецепторов подтипа 2C (5HT_{2C}-рецепторов), что приводит к повышению аппетита (хотя в меньшей степени, чем блокада H₁-рецепторов). Этим можно объяснить тот факт, что антипсихотики II поколения, не оказывающие антигистаминного действия, могут вызвать значительное повышение массы тела у некоторых пациентов.

Блокада дофаминовых рецепторов 2-го типа (D₂-рецепторов) также связывается со значительным набором массы тела, особенно у пациентов с первым психотическим эпизодом, ранее не получивших лечение. Поскольку все используемые в настоящее время антипсихотические препараты являются D₂-блокаторами, избежать блокады D₂-рецепторов при назначении фармакотерапии пациентам с шизофренией и другими психотическими расстройствами невозможно. Однако более новые антипсихотические препараты все чаще используются в качестве дополнительной терапии или терапии 1-й линии при лечении биполярного расстройства и других расстройств настроения. Существуют другие, не отражающиеся на массе тела, варианты терапии данных расстройств, которые следует применять в первую очередь, в особенности у тех пациентов, изначально имеющих лишнюю массу тела. Стабилизаторы аффекта, такие как соли лития и вальпроаты, несмотря на их способность повышать массу тела через неизвестные механизмы, вызывают ее меньшую прибавку по сравнению с антипсихотиками. Многие новые антидепрессанты не вызывают повышения массы тела или даже могут приводить к ее потере (например, бупропион).

Изменение образа жизни

Снижение массы тела путем соблюдения принципов здорового образа жизни (повышение физической активности и уменьшения приема калорий) может предотвратить или отсрочить дебют сахарного диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у лиц с повышенным риском. Даже небольшое уменьшение лишней массы тела может привести к значительным улучшениям в профиле риска обмена веществ: снижение на 5% от исходной массы тела может предотвратить или отсрочить дебют сахарного диабета, гипертензии, гиперлипидемии и сердечно-сосудистых заболеваний.

Контроль массы тела при визите к психиатру предоставляет врачам возможность консультировать пациентов по вопросам питания и физической активности. Весы являются недорогим инструментом, который несложно поставить в кабинет психиатра в любой стране. Несколько ми-

нут из каждого посещения психиатра пациентом следует оставить для взвешивания пациента, что само по себе уже будет эффективным для контроля массы тела. Пациентов (и их семьи) необходимо просвещать и приобщать к здоровому образу жизни. Эти сведения необязательно должен сообщать диетолог или другой специалист – они могут быть с должным эффектом предоставлены и персоналом психиатрической клиники. Короткая консультация терапевта может привести к изменению пищевого поведения пациентов (например, увеличению физической нагрузки или употреблению в пищу овощей). Схожая оценка риска и консультирование по вопросам его снижения должна являться частью обычного посещения врача-психиатра. Следует проводить оценку текущего питания пациента и его предыдущих попыток по борьбе с лишней массой тела. Во время каждого визита следует давать пациенту полезные советы, которые могут включать: а) определение наиболее калорийного компонента рациона его питания, такого как сладкие напитки или жареная курица, и предложение более полезных для здоровья альтернатив – диетические напитки или запеченная курица; б) увеличение ежедневной физической нагрузки простыми способами – например, ходьба по лестницам вместо использования эскалаторов, прогулка пешком до работы; в) предупреждение пациентов о вреде от приема калорийной пищи, не обусловленного голодом, как, например, быстрый перекус или прием пищи при эмоциональных переживаниях и в качестве реакции на стресс; г) снижение зрительной стимуляции – например, хранение высококалорийной пищи в малозаметных и труднодоступных местах.

Медикаментозное лечение ожирения не должно начинаться прежде программы по внедрению принципов здорового образа жизни, а последнюю следует продолжать и после начала лекарственной терапии ожирения. Существуют руководства по здоровому образу жизни, обладающие доказанной эффективностью по снижению массы тела, такие как программа по предотвращению сахарного диабета. Эти руководства могут доставляться пациентам неспециалистами в амбулаторных условиях. Подобные руководства были адаптированы и для пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями, а их эффективность была подтверждена несколькими крупными рандомизированными контролируемые исследованиями. По крайней мере семь руководств уже готовы к применению на практике, но на сегодняшний день они не широко распространены. Поскольку у примерно 40% участников программы, следовавших указаниям в данном руководстве, наблюдалось клиническое

значимое снижение массы тела (5% от исходной массы тела), их внедрение в массы может представлять собой чрезвычайно важный объект для небольшого вклада со стороны структур, занимающихся охраной психического здоровья. Описанные выше научно обоснованные руководства по снижению массы тела и риска заболевания сахарным диабетом следует сделать доступными в общественных центрах охраны психического здоровья.

Фармакотерапия

Лицам, у которых не получается самостоятельно сбросить достаточное количество лишних килограммов с помощью руководства по здоровому образу жизни, может помочь дополнительное назначение фармакотерапии. Но возможности фармакотерапии для снижения массы тела у пациентов с шизофренией и другими психическими расстройствами очень ограничены. Орлистат (ингибитор панкреатической липазы) блокирует всасывание жира в кишечнике, но у пациентов с шизофренией не обладает должной эффективностью. Известно, что симпатомиметики (диэтилпропион и фентермин) повышают риск развития острого психоза, что является относительным противопоказанием. Применение противосудорожного препарата топирамата, способного снижать массу тела у пациентов с шизофренией, ограничено вследствие его нейрокognитивных побочных эффектов и риска развития метаболического ацидоза.

Безопасность и эффективность новых перспективных препаратов (лорказерин и комбинация налтрексона с бупропионом) у пациентов с шизофренией неизвестны. В инструкции к лорказерину, агонисту 5HT_{2C}-рецепторов, имеется предупреждение о возможности развития злокачественного нейролептического и серотонинового синдрома при использовании в комбинации с психотропными препаратами, однако на данный момент в литературе такие случаи не описываются.

Препаратом, обладающим наиболее доказанным эффектом по снижению массы тела у пациентов с шизофренией, является метформин – лекарственное средство, не имеющее одобрения Американского управления по контролю за продуктами питания и лекарствами (Food and Drug Administration, FDA) для назначения с целью снижения массы тела. При применении метформина потеря массы тела обычно составляет 3 кг за 16 нед, как и при применении руководств по снижению массы тела и переходе на другой антипсихотик, что является сравнительно умеренным показателем, сходным с таковым для пациентов, не страдающих психическими расстройствами. Однако метформин также снижает уровень других рисков факто-

ров развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как триглицериды, и может способствовать предотвращению или отсрочке дебюта сахарного диабета 2-го типа.

Учитывая тот факт, что метформин хорошо переносится большинством пациентов, его следует назначать клинически стабильным пациентам с шизофренией или шизоаффективным расстройством и ожирением, титруя до 1000 мг 2 раза в день при хорошей переносимости. Однако существуют факторы, ограничивающие его применение. Следует учитывать необходимость сведения к минимуму риска развития лактацидоза, а также то, что метформин противопоказан пациентам с хронической сердечной недостаточностью, почечной недостаточностью, злоупотреблением алкоголем в настоящее время или с алкогольной зависимостью. Кроме того, не существует четко определенной продолжительности лечения. По рекомендациям FDA отмена лорказерина или фентермина в сочетании с топираматом необходима через 12 нед при отсутствии преодоления порога в 5% потери от исходной массы тела; этими рекомендациями можно руководствоваться и при определении продолжительности терапии метформин. Однако пациентам может потребоваться более длительное лечение (чем стандартные для клинических исследований 16–24 нед) в случае, если у них отмечается за данный период снижение массы тела. Однако в последнее время появляются вопросы о рисках при применении метформина в течение более длительного периода. Существуют доказательства в пользу того, что его длительное применение приводит к повышению риска болезни Альцгеймера, означающие необходимость проведения дальнейших исследований для сравнения этого риска с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний в каждой конкретной подгруппе пациентов.

Бариатрическая хирургия

Бариатрическая хирургия показана пациентам с тяжелой степенью ожирения (индекс массы тела от 40 кг/м² и выше) или при ожирении средней степени тяжести с соматическими осложнениями (индекс массы тела от 35 до 39,9 кг/м²), для которых оказались неэффективными руководства по снижению массы тела и фармакотерапия. Согласно долгосрочным исследованиям данные процедуры приводят к значительному снижению массы тела (более чем на 50% от исходной), выздоровлению от сахарного диабета, улучшению рисков показателя развития сердечно-сосудистых заболеваний и снижению летального исхода на 23%.

Продолжение на стр. 6

Согласно ограниченным данным об эффективности и переносимости бариатрической хирургии у пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями эти показатели сравнимы с таковыми для лиц, не страдающих психическими расстройствами. Психиатрам необходимо понимать, в каких случаях следует советовать своим пациентам рассмотреть вопрос о хирургическом вмешательстве. Мы часто знаем своих пациентов лучше, чем врачи других специальностей, и, соответственно, можем лучше оценить мотивацию, соблюдение пациентом правил и

влияние болезни на способность пациента придерживаться комплексного режима охраны собственного здоровья. Кроме того, мы можем обеспечить мониторинг психопатологической симптоматики в динамике, которая может нарастать в постоперационном периоде и периоде наблюдения хирургом.

Выводы

Пациенты с тяжелыми психическими заболеваниями представляют собой группу здоровья с повышенным риском развития ожирения. У них возможно повышение факторов риска развития сердечно-сосудистых заболева-

ний, выявляемых лабораторным способом. Очевидно, что ожирение является отправной точкой для расширения поля деятельности психиатров по лечению указанных выше осложнений, учитывая простоту его контроля (масса тела и индекс массы тела), доступность эффективной терапии и выраженное потенциальное влияние на итоговое изменение пищевого поведения.

Ожирение является хроническим заболеванием. Даже у пациентов, у которых наблюдается снижение массы тела, этот процесс сложно поддерживать длительное время. Часто отмечается последующий набор массы тела, даже при продолжении следова-

ния принципам здорового образа жизни. Для предотвращения вторичного набора массы тела необходимо постоянно отслеживать изменение пищевого поведения в зависимости от воздействия факторов окружающей среды. Пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями приходится дополнительно сталкиваться с повышающими массу тела биологическими факторами, включая антипсихотические препараты II поколения. Психиатры должны не просто признавать наличие такого исхода у пациентов из группы риска по ожирению, а проводить активную работу по его предотвращению и давать пациентам рекомендации. ■

Psychiatry United

4-ая сессия первого созыва Академии ВПА – Сервье в Берлине



4-ая сессия Академии ВПА-Сервье в Берлине.

В связи с 26-м Конгрессом Европейской коллегии нейропсихиофармакологии в Берлине собрались на очередную, четвертую сессию участники Академии ВПА-Сервье -молодые психиатры из России, Украины, Беларуси, Казахстана, Грузии, Армении и Азербайджана. Их интереснейшие обзоры по актуальным проблемам современной психиатрии уже хорошо известны читателям этих стран. Отечественные психиатры постоянно знакомятся с работами членов Академии на страницах таких уважаемых изданий как Журнал имени П.Б.Ганнушкина «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психиатрия», «Дневник психиатра», «Сибирский вестник психиатрии и наркологии», «Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии». Обзоры молодых коллег публикуют издания психиатрического профиля Украины, Беларуси, Азербайджана и Казахстана. Следует подчеркнуть не-

обычайно благожелательную атмосферу, царящую в группе, многие обзоры готовили интернациональные бригады-представители двух или даже трех стран.

В этот раз, как обычно, участники Академии, помимо работы на Конгрессе, получили возможность посетить берлинскую клинику Шарите, где им были прочитаны несколько лекций об истории больницы, о немецкой психиатрии при национал-социализме, о настоящих правовых аспектах германской психиатрии, о современных исследованиях в области генетики шизофрении. С клиникой имени В.Гризингера гостей знакомил проф. Н. Walter, была осмотрена также психиатрическая амбулатория, где «академики» услышали сообщения молодых немецких коллег и смогли пообщаться в неформальной обстановке.

Специально для участников восточноевропейской Академии

ВПА-Сервье был прочитан ряд лекций: профессором П.В.Морозовым -о некоторых этических проблемах в психиатрии, профессором J.Zohar (Израиль)- о посттравматическом стрессовом расстройстве. Профессор Н. J.Moeller (Германия) прочел 2 лекции: "Как правильно писать литературные обзоры" и "Можно ли написать научную работу имея лишь ноутбук и выход в Интернет?".

В ежедневных рабочих совещаниях Академии принимали участие кураторы группы- проф. О.А.Скутаревский (Беларусь) и д-р. F.Samus (Франция) Очередную порцию обзоров для передачи в журналы руководители психиатрических обществ 10 зоны ВПА надеются получить до Нового года.

Надеемся, что они будут весьма информативными и интересными. Ведь психиатрия объединяет. ■



Дети разных народов... Н.Гаджиева (Баку) и В.Симонян (Ереван)



Финальное фото Академии: количество звезд – число сессий.

Опыт клинического применения Вальдоксана (агомелатина) для лечения депрессий у пожилых больных в амбулаторной практике



С.И.Гаврилова, И.В.Кольхалов, Е.В.Пономарева, Н.Д.Селезнева
ФГБУ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Депрессивные расстройства (ДР) – одно из наиболее частых психических заболеваний в пожилом и старческом возрасте. Показатели распространенности депрессий в пожилой популяции варьируют в диапазоне от 18 до 25%. Частота больших депрессий убывает по мере старения, а показатели распространенности так называемых малых (субклинических) депрессий, а также дистимий и депрессивных реакций дезадаптации имеют противоположные тенденции. Особенно часто у пожилых и стариков депрессивные нарушения представляют собой коморбидную патологию по отношению к хроническим соматическим заболеваниям, неврологическим расстройствам (например, при болезни Паркинсона) и при деменциях (чаще всего альцгеймеровского типа или сосудистой).

Депрессии пожилого и старческого возраста развиваются на фоне множественных неблагоприятных факторов, характерных для периода старения и старости. С одной стороны, негативные психологические и ситуационные факторы (потеря социального статуса, ухудшение материального положения, «утраты», сопровождающие старость, а с

другой – специфические для старения биологические изменения, метаболические и дисгормональные нарушения, множественные соматические болезни и старческие «недуги», органические церебральные процессы) создают благоприятную «почву» для развития, а нередко и неблагоприятного течения депрессий в позднем возрасте.

В то же время депрессия у пожилого человека может становиться провоцирующим фактором обострения хронических соматических заболеваний, особенно относящихся к факторам так называемого «сосудистого риска». Длительность и исход таких депрессий зависит от успешности одновременного лечения обоих заболеваний.

Трудности проведения антидепрессивной терапии в пожилом и особенно старческом возрасте обусловлены возрастными особенностями фармакокинетики лекарственных средств в стареющем организме, необходимостью сочетания антидепрессантов со средствами лечения соматической патологии, частотой развития нежелательных эффектов, не позволяющих достичь эффективных терапевтических дозировок антидепрессантов, ограничениями в возможности применения ряда эффективных антидепрессантов из-за их холинолитических эффектов и т.п.

Агомелатин (Вальдоксан) является агонистом мелатонинергических MT_1 - и MT_2 - и антагонист 5-HT_{2C}-рецепторов серотонина. Во всех опубликованных клинических исследованиях, в том числе крупномасштабных исследованиях III фазы, агомелатин имеет по меньшей мере равную другим антидепрессантам, такими как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и специфические ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Агомелатин представляет собой первый антидепрессант, не имеющий антигистаминных нежелательных эффектов, способный эффективно улуч-

шать ночной сон без седации в дневное время. Во всех клинических исследованиях общий профиль переносимости агомелатина оказался отличным, не было выявлено никаких изменений по лабораторным параметрам, показателям жизненно важных функций, артериального давления, частоте сердечных сокращений, а также Q-T_c интервала.

Цель работы состояла в изучении терапевтической эффективности и переносимости агомелатина (Вальдоксана) при легких и умеренно выраженных депрессивных состояниях у амбулаторного контингента пожилых пациентов.

Изучение клинических аспектов применения агомелатина проведено в группе амбулаторных больных в возрасте от 60 до 75 лет с картиной депрессии, соответствующей критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) для легкой и умеренной тяжести депрессии, без психотических симптомов, протекающей в рамках единичного депрессивного эпизода, рекуррентного ДР или биполярного аффективного расстройства, и набирающих не менее 4 баллов по шкале CGI.

Невыборочная группа пожилых пациентов (20 больных), состояла из 5 мужчины и 15 женщины, состояние которых соответствовало критериям МКБ-10 для депрессивного эпизода умеренной (n=15; 70%) или легкой (n=5; 25%) тяжести. Медиана возраста включенных в исследование больных составила 66 [61; 74] лет. Больные лечились агомелатином амбулаторно на протяжении 6 нед, в ходе наблюдения были предусмотрены 5 визитов.

Всем пациентам агомелатин назначали в стартовой терапевтической дозе 25 мг (1 таблетка) однократно в сутки в 20:00 (независимо от приема пищи). В случае недостаточного эффекта препарата, по оценке исследователя через 2 нед терапии, доза агомелатина могла быть увеличена до 50 мг (2 таблетки) однократно в сутки в 20:00. Доза 50 мг являлась максимально допустимой суточной дозой.

Для оценки состояния больных, эффективности и безопасности лечения использовали следующие шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HDRS), шкала оценки ангедонии Снайта–Гамильтона (SHARPS), шкала общего клинического впечатления (CGI). Показатели по этим шкалам регистрировали до начала лечения и на 7, 14, 28 и 42-й день терапии. Кроме того, для оценки состояния когнитивных функций пациентов использовали шкалу MMSE, а для оценки качества жизни опросник SF-36. Оценку по шкале MMSE и опроснику SF-36 проводили до начала и после окончания терапии. Оценка нежелательных явлений (НЯ) осуществлялась по шкале оценки побочных действий препарата (УКУ) и проводилась на 0, 7 и 42-й дни.

Для оценки эффективности агомелатина использовали следующие показатели: 1) выраженность общего терапевтического эффекта по шкале CGI; 2) степень улучшения, т.е. среднее изменение суммы баллов по шкале HDRS в выборке в процессе терапии, выраженное в процентах к первоначальной оценке; 3) сроки появления терапевтического эффекта; 4) динамика состояния когнитивных функций в процессе терапии.

Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 6. Для описания выборочного распределения количественных признаков использовались медиана (Me) и верхний (Q₁) и нижний квартили (Q₃) (интерквартильный размах). Сравнение групп производили при помощи теста согласованных пар Уилкоксона. Различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты

Все 20 пациентов, включенных в терапевтическую программу, завершили курс лечения. К моменту окончания терапии больные, получавшие различные дозы препарата, распределились следующим образом: 25 мг/сут получали 7 (35,0%) больных и 50 мг/сут – 13 (65,0%).

Оценка эффективности терапии по шкале CGI

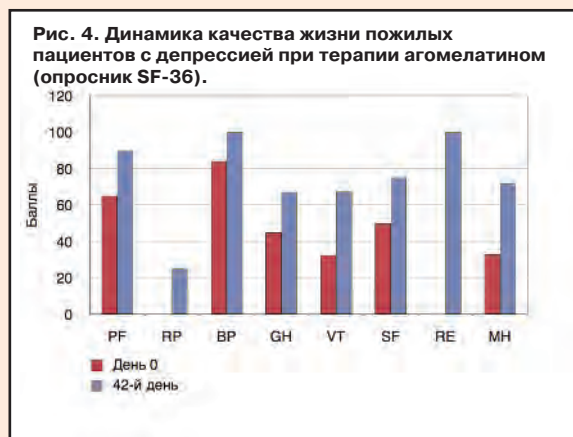
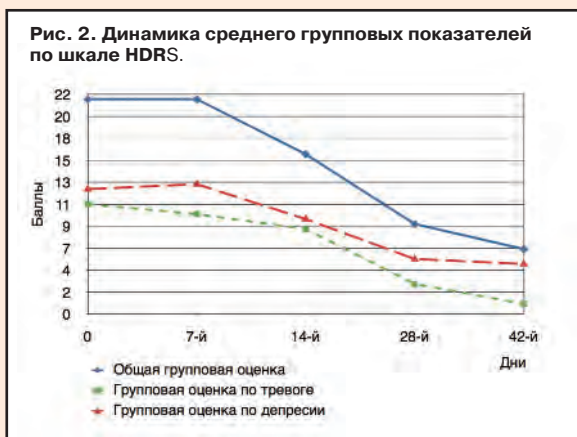
До начала терапии у 25% из включенных в исследование больных состояние оценивалось как легкое и у 75% – как средней тяжести. Отчетливая положительная динамика состояния больных прослеживалась к 28-му дню терапии, когда у 80% больных на-

Таблица 1. Динамика показателей по шкале HDRS

HDRS	Дни				
	0	7-й	14-й	28-й	42-й
Общая групповая оценка Me [Q ₁ ; Q ₃]	21,5 [18; 25]	21,5 [17; 26] p=0,575403	16 [12; 22] p=0,003336	9 [5; 12,5] p=0,000339	6,5 [2,5; 9,5] p=0,000120
Групповая оценка тревоги Me [Q ₁ ; Q ₃]	11 [8; 13]	10 [6; 13] p=0,090970	8,5 [4; 11] p=0,007599	3 [1; 6] p=0,00015	1 [1; 2,5] p=0,000112
Групповая оценка депрессии Me [Q ₁ ; Q ₃]	12,5 [10; 14]	13 [10; 14,5] p=0,138012	9,5 [5; 13] p=0,011008	5,5 [3; 9] p=0,000780	5 [2; 8] p=0,000593

Продолжение на стр. 10

	День 0	42-й день	p
	Me [Q1; Q2]	Me [Q1; Q2]	
Физическое функционирование (PF)	65 [60; 82,5]	90 [75;95]	0,000029
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	0 [0; 6]	25 [13; 25]	0,000982
Интенсивность боли (BP)	84 [71; 100]	100 [84; 100]	0,015400
Общее состояние здоровья (GH)	45 [32,5; 49,5]	67 [61; 77]	0,000327
Жизненная активность (VT)	32,5 [17,5; 42,5]	67,5 [57,5; 77,5]	0,000327
Социальное функционирование (SF)	50 [44; 69]	75 [56,5; 88]	0,001270
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	0 [0; 33]	100 [16,5; 100]	0,001474
Психическое здоровье (MH)	33 [26; 40]	72 [52; 78]	0,000108
Физический компонент здоровья	45 [41,5; 54]	66,5 [60; 70]	0,000140
Психологический компонент здоровья	35,5 [27; 46]	76 [55; 80,5]	0,000140



они стали следить за своей внешностью, появилось чувство удовлетворения от проделанной работы, стали получать удовольствие от прочитанной книги или просмотренного фильма, прошла заторможенность, медлительность. Все эти симптомы значительно улучшились на 50–62% по сравнению с оценкой до начала лечения.

Эффективность терапии по шкале оценки ангедонии SHAPS

Редукция медианы суммарного показателя по шкале ангедонии SHAPS, характеризующего суммарную выраженность ангедонии, достигла статистически значимого показателя уже к 14-му дню терапии, а выраженность ангедонии уменьшилась на 43,8%. Достигнутое значимое улучшение продолжало далее нарастать вплоть до окончания исследования, и к 42-му дню проявления ангедонии редуцировались на 87,5% (рис. 3).

Оценка когнитивного функционирования

Одной из задач работы было изучение возможного воздействия агомелатина на когнитивные функции пациентов. С этой целью проводили тестирование больных до начала лечения и по окончании курса терапии с использованием показателя минитеста психического состояния (MMSE). За период лечения не отмечено значимого изменения этого показателя, что, возможно, связано с тем, что пролеченные пациенты не имели сколько-нибудь выраженных когнитивных нарушений (медиана суммы баллов по шкале MMSE до начала терапии – 30 [28,5; 30], после окончания исследования – 30 [29,5; 30]). Таким образом, лечение агомелатином не сопряжено с негативным воздействием на когнитивное функционирование пожилых пациентов.

Оценка качества жизни по опроснику SF-36

До начала терапии все показатели качества жизни по опроснику SF-36 были снижены. В наибольшей степени были снижены такие показатели, как рольное функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоя-

Начало на стр. 9

ступило улучшение, в том числе выраженное – у 15. По мере продолжения терапии число больных с выраженным улучшением состояния постепенно увеличилось (рис. 1).

К моменту завершения курса терапии значимый терапевтический эффект отмечен у 9 (45%) больных, у 9 (45%) – было отмечено минимальное улучшение состояния. Улучшение состояния больных проявлялось в исчезновении тревоги, улучшении настроения и нормализации сна, при этом больные не отмечали сонливости в дневное время, а наоборот, те пациенты, которых до начала лечения беспокоили вялость и заторможенность днем, через 6 нед терапии перестали высказывать подобные жалобы.

Оценка эффективности терапии по шкале HDRS

Динамика выраженности ДР при терапии агомелатином характеризовалась быстрым наступлением положительного терапевтического эффекта и даль-

нейшим постепенным нарастанием тимолептического эффекта у подавляющего большинства больных. Динамика снижения среднего группового показателя по шкале HDRS свидетельствует о значительной редукции тревоги и депрессивных симптомов в процессе лечения агомелатином. Степень улучшения средней групповой оценки по шкале HDRS к моменту завершения терапии составила 69,8% от исходного уровня. Выраженный терапевтический эффект, т.е. снижение показателей более чем на 50% был выявлен через 4 нед терапии и достигал максимальных значений к окончанию курса лечения (рис. 2). Как видно из табл. 2, значимое уменьшение тяжести депрессивных симптомов и тревоги началось уже со 2-й недели терапии.

Анализ динамики симптомов тревоги показал, что, начиная с 2-й недели приема агомелатина, отмечались значимые позитивные сдвиги в состоянии больных (табл. 1; см. рис. 2). К моменту завершения терапии суммарная оценка выраженности тревоги значительно улучшилась на 91% по

сравнению с оценкой до начала лечения. В наибольшей степени улучшение касалось таких симптомов, как ощущение беспокойства, внутреннего напряжения или дрожи, страха или ожидания каких-то неприятностей и чувство паники. На момент завершения исследования отмечено значимое улучшение по этим симптомам, которое составило более 70% по сравнению с оценками до начала терапии. Также к моменту окончания курса терапии у больных исчезли ощущение неусидчивости и тревожные мысли, появилась возможность расслабиться. К моменту окончания терапии редукция таких симптомов была значимой и составила примерно 65% по отношению к исходной оценке.

Уменьшение выраженности депрессивных симптомов тоже отчетливо проявлялось со 2-й недели терапии (см. табл. 1; см. рис. 2). К моменту окончания терапии значимая редукция депрессивных симптомов составила 60% по сравнению с оценкой до начала исследования. После завершения терапии пациенты отмечали, что

нием, жизненная активность и оценка психического здоровья.

К окончанию терапии качества жизни пациентов значимо улучшилось как по параметрам физического, так и психологического здоровья (см. табл. 2). У больных значимо возросли физическая, социальная и жизненная активность, улучшились повседневное функционирование и эмоциональное состояние, а также психическое и общее состояние здоровья (см. табл. 2; рис. 4).

НЯ регистрировались по шкале UKU. Серьезных НЯ при приеме агомелатина не наблюдалось.

Обсуждение

Адекватная терапия депрессии существенно улучшает как состояние, так и качество жизни пожилого пациента. При выборе препарата для лечения депрессии в пожилом возрасте желательна применение антидепрессанта с наименьшим спектром побочных явлений и минимальным негативным влиянием на когнитивные функции. Различные клинические исследования свидетельствуют, что при лечении депрессий в пожилом и старческом возрасте хорошо себя зарекомендовали антидепрессанты последних поколений, такие как СИОЗС, СИОЗСН и норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты. Проведенные нами ранее исследования являются первым российским опытом применения эсциталопрама и мirtазалина для лечения ДР умеренной и легкой степени выраженности у пожилых больных в амбулаторных условиях. Была показана несомненная эффективность этих антидепрессантов при лечении не психотических форм ДР в позднем возрасте. Удобство применения, отсутствие необходимости титрования дозы, однократный в течение суток прием внутрь наряду с высокой эффективностью и незначительными НЯ отвечает требованиям к антидепрессивной терапии для пожилых пациентов.

Агомелатин обладает сбалансированным спектром действия, оказывая терапевтическое воздействие на разнородные ДР: собственно депрессивное настроение, тревожные проявления и агитацию, заторможенность и усталость, а также положительно воздействует на нарушение цикла «сон–бодрствование», относящегося к наиболее типичным проявлениям ДР у пожилых пациентов. Следует отметить, что по данным всех опубликованных на сегодняшний день клинических исследований агомелатин обнаруживал статистически сопоставимый антидепрессивный эффект по сравнению с СИОЗС, но при этом у него установлен лучший профиль безопасности и переносимости. При сопоставлении с антидепрессантами со свойствами антагонистов 5-HT₂-рецепторов, таких как миансерин и мirtазалин, улучшающих сон, но по-

рой вызывающих вялость и сонливость в дневное время, агомелатин, напротив, не только не вызывал дневную сонливость, но даже редуцировал эти симптомы, что было подтверждено в нашей работе, а также в сравнительном исследовании P.Lemoine и соавт.

Таким образом, на основании 6-недельного опыта применения агомелатина при лечении депрессии у пожилых больных в амбулаторных условиях можно сделать следующие выводы.

Выводы

1. Установлена высокая антидепрессивная активность агомелатина при лечении легких и умеренно выраженных ДР у пожилых пациентов амбулаторной

практики по шкале общего клинического вневчатления (CGI), госпитальной шкале тревоги и депрессии (HDRS) и шкале оценки ангедонии Снайта–Гамильтона (SHARPS).

2. Терапевтический эффект агомелатина в отношении основных аффективных симптомов отчетливо проявляется уже на самом раннем этапе лечения – в течение первых 2 нед терапии. В последующем симптомы депрессии продолжают редуцироваться вплоть до окончания лечения.
3. Установлено, что агомелатин обладает сбалансированным спектром действия как в отношении симптомов тревоги, так депрессивных симптомов.
4. В процессе лечения агомелатином значимо улучшаются пока-

затели качества жизни как по параметрам физического, так и психологического компонентов здоровья.

5. Агомелатин не обладает негативным воздействием на когнитивные функции. Не отмечено выраженных и серьезных нежелательных эффектов.
6. Следовательно, быстрота наступления сбалансированного терапевтического эффекта с последующим его нарастанием на протяжении всего курса лечения, а также хорошая переносимость агомелатина (Вальдоксана) позволяют эффективно использовать этот препарат в амбулаторной практике для лечения пожилых пациентов с легкими и умеренно выраженными ДР. ■

Вальдоксан®

Агомелатин

Первый МТ₁/МТ₂ агонист и 5-HT_{2C} антагонист

Улучшение сегодня,^{1,2} выздоровление завтра³

1-я неделя

6-я неделя

12-я неделя

24-я неделя

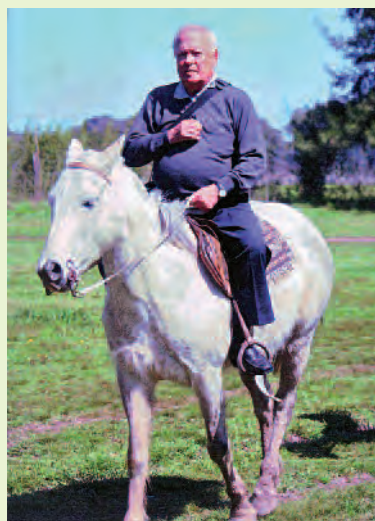


Лечение большого депрессивного расстройства

Состав: Вальдоксан 25 мг: одна таблетка содержит агомелатина 25 мг. В качестве вспомогательного вещества содержит лактозу. **Показание к применению:** Лечение большого депрессивного расстройства у взрослых. **Способ применения и дозы:** Внутрь. Рекомендуемая суточная доза – 25 мг однократно вечером. При отсутствии клинической динамики после двухнедельного лечения доза может быть увеличена до 50 мг однократно вечером. **Рекомендуется контролировать функцию печени в начале терапии и затем периодически через 3 недели, через 6 недель (окончание курсового периода терапии), 12 недель и 24 недели (окончание поддерживающего периода терапии) после начала терапии, и в дальнейшем в соответствии с клинической ситуацией (см. раздел «Особые указания»).** При увеличении дозы следует контролировать функцию печени с той же частотой, что и в начале применения препарата. **Решение об увеличении дозы должно быть принято с учетом возрастающего риска повышения уровня трансаминаз. Любое повышение дозы до 50 мг должно быть сделано на основании оценки пользы и риска для конкретного пациента и при строгом контроле печеночных проб.** Пикационная терапия депрессии должна проводиться, по крайней мере, в течение 6 месяцев. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к агомелатину и/или любому из вспомогательных веществ препарата. Печеночная недостаточность (например, цирроз или заболевание печени в активной фазе) или повышение уровня трансаминаз более чем в 3 раза относительно верхней границы нормы (см. раздел «Способ применения и дозы» и «Особые указания»). **Одновременное применение мощных ингибиторов изофермента CYP1A2 (таких как флуоксамен, ципрофлоксацин) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия»), детский возраст до 18 лет. «Особые указания»:** Сообщалось о случаях поражения печени, включая печеночную недостаточность (приводившие в исключительных случаях к летальному исходу или требованию трансплантации печени у пациентов с ранее миелоидными факторами риска поражения печени), повышение уровня печеночных ферментов более чем в 10 раз относительно верхней границы нормы, гепатит и желтуху у пациентов, принимавших Вальдоксан®. Рекомендуется контролировать функцию печени. При повышении активности трансаминаз в сыворотке крови следует провести повторное исследование в течение 48 часов. Если активность трансаминаз более чем в 3 раза превышает верхнюю границу нормы, прием препарата следует прекратить. В дальнейшем следует регулярно контролировать функциональное состояние печени с демичей. Пациенты с печеночной недостаточностью: Следует соблюдать осторожность. Биполярное расстройство/манипатимания: Следует соблюдать осторожность. При появлении симптомов маники следует прекратить прием препарата. Суицидальные поведенческие: В период лечения пациенты должны находиться под пристальным медицинским наблюдением. Совместное применение с ингибиторами изофермента CYP1A2: Следует соблюдать осторожность при назначении препарата Вальдоксан® пациентам с факторами риска развития ингибиторами изофермента CYP1A2. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия:** Противопоказано: одновременное применение агомелатина и сильных ингибиторов изофермента CYP1A2. Не рекомендовано: алкоголь, умеренные ингибиторы CYP1A2. **Беременность:** Следует соблюдать осторожность. **Период кормления грудью:** Если лечение агомелатином необходимо, грудное вскармливание следует прекратить. **Снижение способности управлять автомобилем и выполнять работу, требующую высокой скорости психомоторных реакций:** Исследований по изучению влияния препарата Вальдоксан® на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводилось. Следует помнить о том, что головокружение и сонливость – частые побочные эффекты агомелатина. **Побочное действие:** Часто: головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, мигрень, тошнота, диарея, запор, боль в животе, рвота, повышение активности АЛТ и/или АСТ, потливость, боль в спине, утомляемость, тремор. **Нечасто:** парестезии, синдром «беспокойных ног», шум в ушах, экзема, кожный зуд, крапивница, нечеткое зрение, агитация и связанные с ними симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. **Редко:** гепатит, повышение активности – глутаминтрансферазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, зрительная сыпь, отек лица и отек Квинке, мигрень/головная боль, головокружение, галлюцинации, увеличение массы тела, снижение массы тела. **Неутонченной частоты:** судорожные явления или суицидальное поведение. **Передозировка:** Данные о передозировке агомелатина ограничены. При приеме пациентом агомелатина в дозе 2450 мг состояние нормализовалось самостоятельно, без нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы или изменения лабораторных показателей. **Свойства:** Агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов МТ₁ и МТ₂ и антагонист серотонинных 5-HT_{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 веноклеточного серотонина. **Форма выпуска:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг. По 14 таблеток в блистер (ВХАн). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. По 10 таблеток (пачка) на российском предприятии ООО «Сервир». По 14 таблеток в блистер (ВХАн). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. По 10 таблеток в блистер (ВХАн). По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. **Упаковка для стационаров:** По 10 таблеток в блистер (ВХАн). По 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. **Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке.** **Представительство АО «Лаборатории Сервь» (Франция), 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3. Тел. (495) 937-07-00. Факс (495) 937-07-01. www.servier.ru** **Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.**

1 таблетка всегда вечером

Бензодиазепины из Польши – надежные и эффективные препараты



*ЮА Александровский
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава России*

Препараты бензодиазепинового ряда, производимые польской компанией «Polfa Tarchomin» (Тархоминский фармацевтический завод «Польфа»), хорошо известны в нашей стране. Их активно используют в повседневной клинической практике наши коллеги психиатры. В настоящее время в России зарегистрированы

клоназепам, релиум (диазепам), тазепам (оксазепам), элениум (хлордиазепоксид), лорафен (лоразепам) и реладорм (диазепам + циклобарбитал).

Изучение терапевтической активности польских психотропных препаратов неоднократно проводили в ведущих психиатрических учреждениях Советского Союза и РФ.

У подавляющего числа больных препараты изучали при неврозах, психопатиях, реактивных состояниях. Кроме этого, упомянутые лекарственные средства назначали при эндогенных заболеваниях (шизофрения, большое депрессивное расстройство, эпи-

лепсия и алкоголизм). Учитывая имеющиеся в литературе данные, а также результаты экспериментального изучения сигнопам, релиума, элениума и тазепам, эти препараты назначали преимущественно больным с невротическими (неврозоподобными) и психопатическими (психопатоподобными) расстройствами. У незначительного числа пациентов указанные препараты использовали при разных типах и различной глубины депрессивных (субдепрессивных) расстройствах, а также для лечения алкогольного, абстинентного и диэнцефального синдромов (табл. 1).

Таблица 1. Общая характеристика больных

Учитываемые факторы	Сигнопам	Релиум	Элениум	Тазепам	Клоназепам
Пол					
мужской	104	92	69	54	20
женский	175	97	106	53	22
Возраст	18–73	17–73	17–62	17–44	18–59
Диагноз					
Шизофрения	31	71	52	48	–
БАР	25	14	33	27	–
Психопатия	39	64	–	8	–
Неврозы	107	–	–	5	–
Органическое заболевание ЦНС	20	15	6	18	–
Алкоголизм	–	–	80	–	–
Соматогения	27	25	–	–	–
Эпилепсия	29	–	4	1	42
Синдром					
Обсессивно-фобический	93	41	22	–	–
Истероневротический	15	2	–	–	–
Невротический (неврозоподобный), психопатический (психопатоподобный) без дифференциации	47	1118	–	68	–
Депрессия с тревогой	40	15	32	8	–
Депрессивно-бредовое состояние	–	–	–	–	–
Депрессия (без дифференциации)	27	–	–	–	–
Диэнцефальный синдром	–	–	30	–	–
Алкогольный абстинентный синдром	–	–	80	–	–
Общее число больных	279	189	175	107	42

Примечание. Здесь и далее в табл. 2: БАР – биполярное аффективное расстройство.

Таблица 2. Спектр психотропной активности тазепам

Симптомы	Всего...	Улучшение	Без эффекта	Отношение случаев успешной терапии к безрезультатной
Тревога	68	66	2	66/2
Раздражительность	52	47	5	47/5
Нарушения сна	32	17	15	17/15
Сенестопатические/ипохондрические расстройства	14	10	4	10/4
Снижение настроения	47	30	17	30/17
Всего...	213	170	43	170/43

Таблица 3. Эффективность лечения клоназепамом больных эпилепсией

Форма эпилепсии	Число	Эффективность		
		Прекращение припадков	Урежение	Без эффекта
Судорожные генерализованные припадки	27	11	12	4
Судорожные генерализованные припадки + абсансы	9	5	4	–
Парциальная эпилепсия	6	–	3	3
Всего...	42	16	19	7

Сигнопам в рамках указанных заболеваний и состояний использовали для лечения нарушенного сна, а клоназепам – при разных формах судорожных расстройств. Изучаемые препараты назначали, как правило, через 4–7 дней после отмены ранее используемых лекарственных средств. В большей части наблюдений проводилась монотерапия средствами, находящимися на клиническом изучении. Реже их комбинировали с нейрорепрессантами или антидепрессантами. Комбинированная терапия была обусловлена наличием иной, помимо невротической и психопатоподобной, симптоматики. Для исключения возможного влияния сопутствующей терапии на эффективность лечения, дозировки лекарственных средств, используемых в комбинациях с изучаемыми препаратами, не изменяли на протяжении всего курса лечения.

Продолжительность применения препаратов, находящихся на клиническом изучении, составляла от 2 нед до 8 мес.

Основным методом оценки эффективности и особенностей психотропного действия анализируемых средств было клиническое наблюдение за динамикой состояния больных. Кроме этого терапевтическую активность препаратов оценивали при помощи специальных психометрических методов, что впоследствии позволило провести математическую обработку полученных данных.

В рамках настоящего ретроспективного обзора невозможно остановиться на подробном освещении всех полученных результатов, поэтому основное внимание будет уделено тем данным, которые с наибольшей полнотой могут быть продемонстрированы при обобщенном анализе всех материалов, полученных от клиник в период проводимых исследований.

Элениум и релиум являются, как известно, «эталонными» препаратами в группе транквилизаторов. В связи с тем что результаты изучения этих лекарственных средств в нашей стране не отличаются от данных, описанных в мировой литературе, была проведена целенаправленная детализированная оценка остальных изучаемых средств в сравнении с «эталонными» препаратами.

На основании выявленных индивидуальных особенностей спектра психотропной активности тазепама и его эффективности при лечении различных заболеваний (табл. 2) можно сделать заключение, что тазепам по действию на отдельные психопатологические симптомы и общей терапевтической активности практически не отличается от сигнопама. Препарат, так же как и сигнопам, оказывает преимущественное воздействие на редукцию невротических расстройств и нарушения сна; наиболее эффективен у пациентов с

пограничным уровнем психопатологической симптоматики.

Практически все исследователи, отмечая качественное сходство индивидуальных спектров психотропной активности сигнопама и тазепама с «эталонными» (релиум, элениум) препаратами, делают заключение о меньшей мощности собственно психотропного действия анализируемых средств по сравнению с «эталонными». В связи с чем сигнопам и тазепам обоснованно рекомендованы в качестве дневных транквилизаторов для использования их преимущественно в амбулаторной практике. Основанием для широкого использования сигнопама и тазепама во внебольничной практике является также хорошая переносимость этих препаратов, о чем будет сказано ниже.

Результаты изучения клоназепам, представленные в табл. 3, свидетельствуют о широком спектре психотропной активности этого средства у больных эпилепсией и его высокой эффективности.

Положительным эффектом клоназепам, помимо противосудорожного действия, является также выраженное влияние этого препарата на редукцию симптомов гиперстенического круга (раздражительность, гневливость, вспыльчивость, злобность). Успокоение больных и упорядочивание их поведения при использовании клоназепам в значительной степени обуславливают возможность повышения их социальной и трудовой адаптации (см. табл. 4).

При изучении психотропных препаратов, производимых в Польше, были выявлены и некоторые побочные эффекты, среди которых основное место занимает побочная симптоматика, обусловленная седативным и миорелаксирующим действием, характерным для транквилизаторов. В группе психических расстройств неожиданной оказалась парадоксальная реакция в виде кратковременного нарушения сна, наблюдавшаяся у 3 пациентов, принимавших сигнопам.

Остальные побочные эффекты проявились в виде единичных соматических расстройств. Необходимо отметить, что побочная симптоматика возникала, как правило, в первые дни лечения и исчезала либо спонтанно, либо после снижения используемой дозы изучаемого препарата.

Ни в одном случае не было отмечено грозных и опасных для жизни побочных эффектов, требующих отмены лекарственного средства.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о возможности широкого использования в амбулаторной и клинической практике эффективных и безопасных психотропных препаратов, производимых в Польше, в качестве дневных транквилизаторов, гипнотиков и противосудорожных средств. ■

Бензодиазепины

Тархоминского фармацевтического завода "Польфа" А.О.



Торговое название Международное название Лекарственная форма	Клоназепам (Клоназепам) таблетки 0,5 мг; 2,0 мг № 30	Лорафен (Лоразепам) таблетки покрытые оболочкой 1 мг; 2,5 мг № 25	Релиум (Диазепам) таблетки покрытые оболочкой 5 мг, № 20 ампулы 2 мл, № 5, № 50
Действие препарата			
Анксиолитическое действие	●●	●●●	●●●
Седативное действие	●●●	●●	●●●
Снотворное действие	●	●●	●
Противосудорожное действие	●●●	●	●●
Миорелаксационное действие	●	●●	●●
Достижение максимальной концентрации в сыворотке после перорального применения	от 2 до 4 часов	2 часа	от 1 до 1,5 часов
Полное время действия после перорального применения	длительное >24 часов	краткое от 12 до 18 часов	длительное >24 часов
Оптимальная и макс. суточная пероральная доза у взрослых	4-6 мг Максимальная сут. доза 20 мг	2-5 мг Максимальная сут. доза 10 мг	Зависит от патологии. Максимальная суточная до 60 мг/сут.
<ul style="list-style-type: none"> ● слабое действие ●● умеренное действие ●●● сильное действие 			

Показания:

Клоназепам

- эпилепсия у детей и взрослых (преимущественно акинетическая, миоклоническая, генерализованные субмаксимальные припадки, височные и фокальные припадки).
- синдромы пароксизмального страха, состояния страха при фобиях, напр. агорафобии (не применять у пациентов младше 18 лет).
- состояния психомоторного возбуждения на фоне реактивных психозов.

Лорафен

- невротические и неврозоподобные состояния, протекающие с тревогой, раздражительностью, повышенной утомляемостью, нарушением сна, вегетативными нарушениями.
- алкогольный абстинентный синдром (в составе комплексной терапии).
- гипертонус скелетных мышц различного генеза.
- премедикация (подготовка к длительным диагностическим процедурам и операциям).

Релиум

- нервозы, пограничные состояния с явлениями напряжения, беспокойства, тревоги, страха
- при синдроме алкогольной абстиненции, с целью уменьшения симптомов возбуждения
- в комплексной терапии при заболеваниях, связанных с повышенным тонусом скелетных мышц (после травм, спастические состояния после церебральных инсультов)
- нарушения сна
- в комплексной терапии эпилепсии (в сочетании с другими противосудорожными препаратами)
- двигательное возбуждение различной этиологии
- при подготовке к операционным вмешательствам и диагностическим процедурам
- в клинике внутренних болезней: в комплексной терапии гипертонической болезни (сопровождающейся тревогой, повышенной возбудимостью), гипертонического криза,
- спазмов сосудов, климактерических и менструальных расстройств.

Условия отпуска из аптек. По рецепту.

Во избежание осложнений бензодиазепины необходимо применять строго по назначению врача!

Информация предназначена для специалистов.

Регистрационный номер: Клоназепам – ПНО12884/02; Лорафен – МЗРФ П.НО16057/01; Релиум – ПНО15047/02; ПНО15047/01

POLFA TARCHOMIN S.A.

www.polfa-tarchomin.com.pl

Список использованной литературы
1. Авруцкий Г.Я., Музыченко А.П., Панина Н.В. Результаты изучения психотропных препаратов, производимых в Польше. Новости фармации и медицины. 1990; 6.
2. Авруцкий Г.Я., Калинин В.В. Тревога, бензодиазепины, сигнопам. Новости фармации и медицины. 1991; 3.

3. Александровский Ю.А. Клинико-фармакологический анализ действия транквилизаторов. М., 2003.
4. Василевский Р. и др. Сравнительная оценка пригодности препарата Клоназепам Польфа для лечения эпилепсии. Новости фармации и медицины. 1986; 1.

Кафедра психиатрии Российской медицинской академии последипломного образования

Кафедра психиатрии ГБОУ ДПО Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России была организована в 1935 г. на базе Научно-исследовательского института психиатрии им. П.Б.Ганнушкина под руководством профессора М.Я.Серейского, внесшего значительный вклад в систему усовершенствования психиатров и экспериментальную терапию психозов. Он заведовал кафедрой психиатрии Центрального института усовершенствования врачей с



М.Я.Серейский с коллегами (1932 г.)



М.Я.Серейский

1935 по 1951 г. М.Я.Серейский – один из первых психиатров в СССР, применивших активную терапию психических болезней; инициатор разработки метода лечения психозов длительным сном; изучил механизмы действия инсулинового и электрошокового методов и уточнил показания к их применению; проводил исследования по методологическим вопросам психиатрии, проблемам клиники, патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии эпилепсии (предложил лечебное средство, названное его именем).

С 1951 по 1964 г. кафедру возглавлял один из ведущих психиатров страны – действительный член Академии медицинских наук СССР профессор А.В.Снежневский. Круг научных интересов А.В.Снежневского был поразительно широк – от исследования психопатологических синдромов и клиники психических нарушений при эндогенных и экзогенно-органических заболеваниях головного мозга, изучения проблемы атрофических процессов и

психофармакологии до вопросов теории науки и медицины, биологической психиатрии и организации психиатрической помощи.

А.В.Снежневский пользовался большим авторитетом среди психиатров зарубежных стран. Его блестящие лекции и клинические разборы на международных конференциях и симпозиумах отличались глубиной, четкостью и ясностью формулировок. Его публикации в зарубежной прессе всегда вызывали огромный интерес среди психиатров, посвятивших себя исследованию в области психопатологии и клинической



А.В.Снежневский

психиатрии. Большое значение имели международные диагностические симпозиумы, проводимые в Москве под председательством А.В.Снежневского и ведущих мировых психиатров.

С 1964 по 1976 г. кафедрой заведовал член-корреспондент Академии медицинских наук СССР, профессор В.М.Морозов. Педагогическая и научная деятельность В.М.Морозова всегда характеризовалась глубоким проникновением в сущность изучаемых в психиатрии проблем, стремлением в постижении клинических и диагностических задач исходить из фундаментальных классических истин, следовать принципу *ad fontes* («к источнику»), что



В.М.Морозов



ЦИУ, 1960 г.

обеспечивает принцип доказательности, достоверности знания, позволяет раскрыть эпистемологический профиль психопатологических категорий. В этом В.М.Морозову не было равных, так как он обладал поистине энциклопедическими знаниями не только в области психиатрии, но и во многих смежных науках, свободно владел всеми основными европейскими языками, знал и любил искусство, литературу, музыку, поражал окружающих своей глубокой осведомленностью и в более узких областях знания.

Работа В.М.Морозова о сверхценных идеях является фундаментальным исследованием в области психопатологии, так же как и описания особенностей типологии корсаковского синдрома с включением бредовых идей, работы о бреде воображения, деперсонализации и дереализации и многие другие, посвященные исследованию общепсихопатологических феноменов. Классическими считаются его труды о



А.В.Снежневский, В.М.Морозов и А.С.Тиганов (ЦИУ, 1961 г.)

клинике ремиссий при шизофрении (совместно с Ю.К.Тарасовым), в которых впервые обоснованы их основные типы – астенический, стенический, ипохондрический – понятия, в дальнейшем прочно вошедшие в клиническую практику. Сложность проблем, раскрытых В.М.Морозовым в его уникальной монографии, посвященной анализу концептуальных направлений зарубежной психиатрии и изданной в ряде европейских стран, охват огромного клинико-исторического, философского материала сделали эту книгу не теряющей своей актуальности, но сложной для освоения библиографической редкостью. В.М.Морозов активно занимался

воспитанием молодых научных кадров, под его руководством защищено более 20 кандидатских и докторских диссертаций. Его ученики работают в практической и научной психиатрии во многих регионах нашей страны и за рубежом.

С 1976 г. кафедру возглавляет доктор медицинских наук, профессор, академик РАН А.С.Тиганов.



А.С.Тиганов

Кроме того, в разное время на кафедре работали такие известные психиатры, как профессор В.Н.Фаворина, доцент Г.А.Ротштейн, доцент Р.Е.Люстерник, доктор медицинских наук Н.Г.Шумский, доцент Л.Н.Видманова, ассистент Н.Я.Беленькая, ассистент Ю.А.Шапкин и другие.

Все прошедшие годы кафедра отличает верность принципам клинической психиатрии, тщательность психопатологических исследований, большое внимание к лечебной работе, что передается молодому поколению в лице клинических ординаторов и аспирантов кафедры.

Основными направлениями научных исследований являлись и продолжают оставаться дальнейшая разработка психопатологических основ психиатрии, изучение клиники эндогенных психозов, применение новых психофармакологических препаратов.

Кафедра работает в тесном контакте с ФГБУ Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук, директором которого является академик А.С.Тиганов. А.С.Тиганов – автор монографии «Фебрильная шизофрения» (1982), под его редакцией издано фундаментальное двухтомное руководство по психиатрии (1995). Сотрудники кафедры разработаны основные образовательные программы послевузовского и дополнительного профессионального образования.

Основной вид учебной работы кафедры психиатрии – циклы общего и тематического усовершенствования для врачей-психиатров и заведующих отделениями психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров. Проводится профессиональная переподготовка врачей, выездные циклы. Кафедра психиатрии проводила и продолжает проводить так называемые месячные выездные циклы усовершенствования. География выездных циклов поистине необъятна – это столицы бывших союзных республик: Вильнюс, Рига, Таллинн; центральная Россия: Кострома, Рязань, Орел, Тула, Вологда, Воронеж; города далекой Сибири и Урала: Омск, Новосибирск, Барнаул, Екатеринбург, Пермь и многие дру-

гие. Достоинством этих циклов было то обстоятельство, что одновременно лекции по основным проблемам психиатрии могли прослушать все врачи региона, а несколько десятков психиатров принимали участие в практических занятиях. Во время циклов проводились клинические разборы больных, значение которых в процессе постдипломного образования трудно переоценить.

В настоящее время на кафедре работают: доктор медицинских наук, профессор, академик А.С.Тиганов; профессор, доктор медицинских наук Г.П.Пантелеева; доцент, доктор медицинских наук Н.Д.Селезнева, кандидаты медицинских наук, доценты Т.П.Платонова (заведующая учебной частью), П.А.Баранов; кандидат



НЦПЗ РАМН

медицинских наук, ассистент Т.И.Дикая.

За 2001–2011 гг. было опубликовано свыше 40 статей. Сотрудники кафедры принимали участие в написании 5 учебников и руководств, защищено 4 кандидатские диссертации. Изданы фундаментальные труды: «Национальное руководство по психиатрии» под редакцией и в со-

авторстве академика А.С.Тиганова, а также лекции А.С.Тиганова «Общая психопатология». Издано трехтомное «Руководство по психиатрии» под редакцией А.С.Тиганова (2012). ■

Координаты:

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1; телефон справочной службы +7 (499) 252-21-04; Кафедра психиатрии (ГКУЗ Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева): г. Москва, Загородное шоссе, 2; телефон +7 (495) 952-82-29; ФГБУ Научный центр психического здоровья РАМН: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34; телефон +7 (499) 617-61-74.

Некролог

14 октября 2014 г. не стало **Мэлы Яковлевны Цуцульковской** – известного психиатра, доктора медицинских наук, профессора, долгое время работавшей в качестве главного научного сотрудника клинического отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН. Она скончалась на 91-м году жизни. Всю свою профессиональную жизнь она всецело посвятила благородной и гуманной деятельности во имя здоровья человека, заслуженно завоевав на этом поприще высокий авторитет блестящего психиатра-клинициста и славу талантливого ученого-исследователя. Ею было разработано и продолжает развиваться ее учениками и последователями самостоятельное направление в области изучения психических расстройств юношеского возраста, включающих возрастную специфичность психопатологии, клиники, патогенеза и терапии юношеских эндогенных психических расстройств (шизофрени, шизоаффективного и аффек-

тивного психозов), вопросы их ранней диагностики, классификации и прогноза. В процессе разработки этого направления М.Я.Цуцульковская воспитала целую плеяду специалистов в сфере науки и общепсихиатрической практики, которые работают в медицинских учреждениях нашей страны и за ее пределами.

В 1953 г. М.Я.Цуцульковская защитила кандидатскую диссертацию «Клиника и судебно-психиатрическая оценка ранних форм сифилиса мозга», а в 1968 г. – докторскую диссертацию «Особенности клиники непрерывно текущей шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте». С 1962 г. работала в НИИ клинической психиатрии АМН, ныне НЦПЗ РАМН. Она являлась автором более 200 научных работ, в том числе одной монографии. Под ее научным руководством защищено 19 кандидатских и 2 докторские диссертации. Мэлла Яковлевна была организатором и куратором постоянно действующего семинара «Современные



аспекты клинических, экспертных и социальных проблем подростково-юношеской психиатрии», проводимого для психиатров, участвующих в военно-врачебной экспертизе, подростковых психиатров, психологов, являлась сопредседателем Проблемной комиссии «Психическое здоровье детей, подростков и юно-

шей» Межведомственного научного совета по проблемам психического здоровья РАМН Минздрава России.

Светлая память о Мэлле Яковлевне навсегда сохранится в сердцах тех, кто ее знал: психиатров-современников, признательных учеников и благодарных пациентов. ■



7th International Congress on Psychopharmacology



3rd International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology

Integration in Psychiatric Treatments: From Simplicity to Sophistication

April 15-19, 2015

Maritim Pine Beach Hotel, Antalya, Turkey

www.psychopharmacology2015.org

Манфред Закель – основоположник инсулинокоматозной терапии



Ю.В.Быков

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение

К концу 1920-х годов данных о нейрофизиологии и этиологии психических заболеваний существовало мало, к тому же полностью отсутствовало эффективное и обоснованное лечение психиатрической патологии. Терапия психических заболеваний (включая шизофрению) была направлена на фиксационные меры, седацию и трудовую терапию, а применявшиеся в то время фармакологические агенты (опиаты, хлоралгидрат, паральдегид и барбитураты) в первую очередь были нацелены на купирование симптомов, а не на лечение причины самого заболевания (R.Karlan, 2013).

Кроме этого, симптомы привыкания к указанным веществам настораживали врачей, и, видимо, неслучайно к середине 1930-х годов наиболее популярная методика «лечения длительным сном» пошла на спад в связи с ее недоказанной эффективностью на практике (Ю.В.Быков, 2012). На фоне полного хаоса в лечебных подходах при терапии психических заболеваний в 1937 г. в Европе стали появляться новые методики биологической терапии, такие как электросудорожная терапия (ЭСТ), лечение кардиазолом, инсулинокоматозная терапия (ИКТ) и др. (J.Braslow, 1994). У каждой из этих биологических методик была своя непростая история становления и развития.

Методика ИКТ была введена в практику в 1933 г. польско-австрийско-американским психиатром М.Закелем в первую очередь для лечения шизофрении (K.Jones, 2000). Напомним, что всего лишь за 11 лет до этого инсулин был получен канадскими физиологами Бантингом и Бестом в 1922 г., за что они и получили Нобелевскую премию (F.Banting, C.Best, 1922). После появления

первых публикаций ИКТ была встречена весьма положительно и быстро распространилась по всему миру (А.Е.Личко, 1962; 1970).

Многие психиатры того времени ждали такого нового и активного способа лечения с большим нетерпением. В результате этого в 1940–50-х годах ИКТ получила почти всеобщее мировое признание, но уже к середине 1950-х годов была подвержена забвению во многих странах (K.Jones, 2000). В данной работе мы остановим свой взгляд на автобиографической картине о Манфреде Закеле (Manfred Sakel) – враче и изобретателе ИКТ.

Манфред Закель родился 6 июня 1900 г. в еврейской общине, в деревне Надворное, на территории бывшей Польши (сейчас Украина) (O.Linde, 1988). О родителях Закеля данных почти не сохранилось (E.Shorter, 2014, личное сообщение). С 1919 по 1925 г. М.Закель учился в Венском медицинском университете (J.Wortis, 1958). После окончания учебы он отправляется в Берлин, где начинает работать врачом-психиатром в одной из частных психиатрических больниц; это был госпиталь Lichtenfelde, специализировавшийся на лечении пациентов с морфинизмом, где для облегчения симптомов абстиненции вводили малые дозы инсулина (M.Sakel, 1956). По одним источникам, М.Закель становится там главным врачом, кем он и проработал до 1933 г. (D.Doroshov, 2007).

Известно, что во время практики один из пациентов М.Закеля (который, помимо наркотической зависимости, страдал шизофренией) по ходу лечения малыми дозами инсулина впал в гипогликемическое состояние. М.Закель купировал это состояние при помощи введения глюкозы и с удивлением отметил, что после гипогликемического состояния симптомы шизофрении у пациента значительно редуцировались (E.Shorter, 2009). Неудивительно, что после этого случая у М.Закеля зародилась идея попытаться использовать гипогликемическую кому для лечения шизофрении (H.Lehmann, 1996). Здесь необходимо отметить, что первые попытки лечения психозов при помощи инсулина были предприняты в СССР еще в 1924 г., однако советские врачи применяли низкие, даже не субкоматозные дозы инсулина (А.Е.Личко, 1962).

С целью изучения влияния больших доз инсулина М.Закель начал эксперименты на животных (M.Sakel, 1947; J.Wortis, 1958). Предположительно, данные эксперименты были закончены к маю 1927 г., после чего М.Закель и перешел к работе над своими пациентами (M.Sakel, 1947). Спустя 3 года, в 1930 г., М.Закель публикует свой первый труд, который был посвя-

щен лечению морфинизма малыми дозами инсулина (M.Sakel, 1930). Спустя еще 3 года, в начале 1933 г., М.Закель возвращается из Германии в Австрию, в Вену, в качестве помощника к профессору психиатрии Отто Петцль (O.Pötzl). Профессор О.Петцль, внимательно изучив представленные М.Закелем предварительные материалы по применению инсулина при лечении морфинизма, поддержал молодого ученого и даже спонсировал его последующие исследования (J.Wortis, 1958). По-видимому, именно с этого момента М.Закель стал применять инсулин при лечении шизофрении, и уже 3 ноября 1933 г. на заседании Медицинского общества Вены М.Закель делает доклад, где сообщает об открытии нового типа лечения шизофреников при помощи высоких доз инсулина (E.Shorter, 2009).

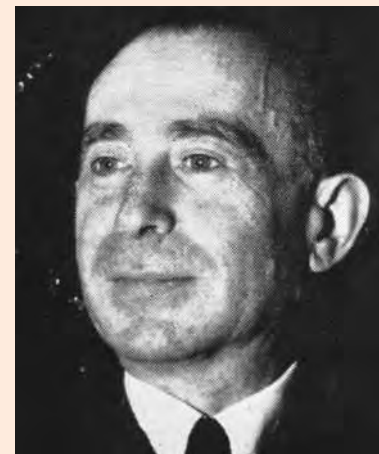
Отто Петцль публично поддержал своего молодого коллегу и объявил ИКТ весьма ценной процедурой для психиатрии (M.Sakel, 1933). В 1935 г. вышла в свет первая монография М.Закеля, обобщившая предварительные опыты лечения ИКТ больных шизофренией (M.Sakel, 1935). В этой монографии были опубликованы результаты, описывающие опыт лечения 50 пациентов шизофренией, с первичным эпизодом, где указывалась 88% эффективность при применении данной методики. Надо сказать, что данные, представленные М.Закелем об эффективности ИКТ, были очень далеки от принципов доказательной медицины и основывались только на личных наблюдениях автора и максимум на попытках к пилотным исследованиям эффекта от этого вида лечения (E.Shorter, 2014). Но так или иначе эта публикация дала толчок для внедрения ИКТ в большинстве больниц Европы, а вскоре ИКТ стала использоваться во многих странах мира (M.Sakel, 1956).

В 1936 г. М.Закель получает степень доктора медицинских наук, но отказывается от ученого звания профессора (J.Wortis, 1958). По



Выход из инсулиновой комы.

мнению исследователей, прицельно занимавшихся биографией М.Закеля, он имел небольшую мотивацию к академической работе – видимо, с этим и связан его отказ от профессорского звания (E.Shorter, 2014). В этом же году М.Закель переезжает в США, Нью-Йорк, где начинает практиковать ИКТ (M.Sakel, 1956). Считается, что



Манфред Закель (1900–1957) – изобретатель ИКТ.

его переезд не был связан с началом периода геноцида евреев, витавшим в то время в Европе, а с предложением пролечить обеспеченного больного с шизофренией методом ИКТ на территории США (E.Shorter, 2014). В последующем М.Закель разворачивает частную практику в одном из санаториев Нью-Йорка, но использует при этом уже не коматозные, а субкоматозные дозы инсулина (M.Fink, 2014). Известно, что на фоне введения ИКТ в США М.Закель стал очень обеспеченным человеком: так, после смерти его состояние оценивалось в сумму около 2 млн дол. США (E.Shorter, 2009).

По некоторым данным, в США он занимался благотворительностью (J.Wortis, 1958), хотя по другим (New York Times, 1950) был достаточно скупым человеком. Так, в своей исследовательской работе E.Shorter (2009 г.) приводит факты о том, что на фоне растущего материального благополучия (известно, что он брал за лечение своих пациентов очень большие гонорары) М.Закель передвигался на лимузине, принадлежавшем одному из его частных пациентов. Ласло Медуна (автор фармакологических лечебных судорожных припадков) высказывался о М.Закеле как об «одном из крупных бизнесменов в области психиатрии» (E.Shorter, 2009).

Инфаркт миокарда в 1946 г. заставил М.Закеля ограничить его врачебную деятельность (J.Wortis, 1958), но это не помешало ему изложить свои идеи в Париже в 1950 г., на I Всемирном конгрессе психиатров, на заседании по «биологическим методам терапии». На том съезде М.Закель активно защищал ИКТ, с резкостью противопоставляя свою методику ЭСТ (Ж.Гаррабе, 1998). Известно, что М.Закель был ярким противником ЭСТ, возможно, в связи с тем, что ЭСТ со временем стала вытес-

нять ИКТ из практики (E.Shorter, 2009). К тому же есть данные, что М.Закель несправедливо упрекал Л.Медуну в плагиате (М.Закель утверждал, что именно он, М.Закель, ввел в практику кардиазоловую судорожную терапию) и считал, что ЭСТ имеет гораздо большие осложнения, нежели ИКТ (New York Times, 1950). Похоже, что конфликт между М.Закелем и Л.Медуной все же был: так, сохранились данные, что на Парижском конгрессе Л.Медуну отказался пожимать М.Закель при встрече руку (E.Shorter, 2009).

В последние годы жизни М.Закель планировал построить собственную психиатрическую

клинику, где можно было бы применять ИКТ в качестве монотерапии (New York Times, 1950; E.Shorter, 2009). Однако его планам не удалось сбыться: М.Закель скоропостижно скончался от сердечного приступа 2 декабря 1957 г. (E.Shorter, 2009). Известно, что М.Закель никогда не был женат и не оставил после себя наследников (E.Shorter, 2014). Все свое наследство он завещал своей подруге Мариан Энглендэр (Marianne Englander) и нескольким частным фондам (E.Shorter, 2009).

Что касается судьбы ИКТ, то после смерти М.Закеля методика во многих странах практически прекратила свое существование. Такой

негативной динамике, бесспорно, способствовало введение в конце 1950-х годов в психиатрическую практику нового для того времени фармакологического класса – нейролептиков. Параллельно стали появляться «разгромные» работы о «мифах ИКТ» (H.Bourne, 1953), «неэффективности ИКТ при лечении шизофрении» (V.Ackner и соавт., 1957), а также сравнительные исследования нейролептиков и ИКТ в пользу первых (M.Fink и соавт., 1958). Сам М.Финк говорит, что с 1958 г., после проведения исследовательских работ по вопросу эффективности ИКТ, они закрыли в своей больнице блок, где проводился этот вид лечения (M.Fink,

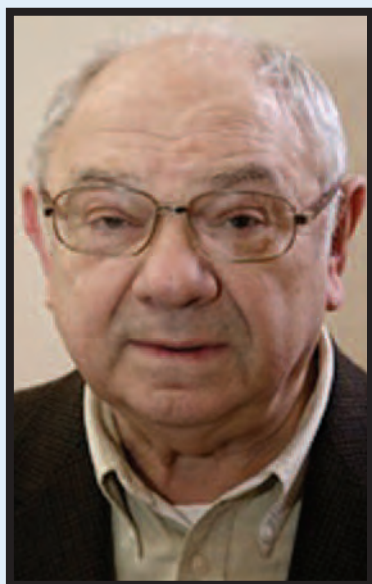
2014). Единственными странами, откуда появлялись последние научные публикации об ИКТ, в конце XX – начале XXI вв. оставались СССР, а позже РФ и Китай (E.Shorter, D.Healy, 2007).

Благодарности

Автор выражает благодарность профессору Эдварду Шорттеру (Edward Shorter; Toronto, Canada) за консультации при подготовке к публикации; профессору Макс Финку (Max Fink; New York, USA) за предоставленные материалы и консультации, Александру Нельсону (Наро-Фоминск, Россия) за помощь при подготовке данной публикации. ■

Психиатрия и живопись

Загадка Иеронима Босха



О.Ф.Ерышев

ным художником, его дед, отец и два дяди были живописцами, видимо, у них он и учился. Манера письма Босха совершенно оригинальна, некоторые искусствоведы считают, что у него не было ни предшественников, ни последователей. Тем не менее, глядя на некоторые картины Босха, можно предположить, что его предтечами были голландские мастера – братья Ван Эйк, Робер Кампен, Рогир ван дер Вейден, Дирк Боутс. Последователи тоже были: достаточно вспомнить ранее творчество и графику великого Питера Брейгеля Старшего. В то же время многие считают Босха первым сюрреалистом. Картины этого художника нельзя спутать ни с какими другими. Даже в приписываемых ему досках (в то время писали на дереве) можно распознать истинные шедевры Босха, не имея особой искусствоведческой подготовки.

Всю жизнь И. Босх прожил в Хертогенбосе (отсюда и его псевдоним – Босх), который тогда был одним из крупнейших городов Брабанта. В нем находится большой собор Святого Иоанна, расписанный старинными фресками, по которым художник вполне мог учиться живописи. Изображения химер на порталах собора также могли служить для художника «учебным материалом». Одну из сохранившихся фресок приписывают деду Босха. Женится Иероним на дочери довольно состоятельных родителей и поселился с женой в собственном доме на окраине Хертогенбоса, где прожил безвыездно до конца своих дней. Известно, что он был членом Братства Богородицы, религиозного сообщества, объединявшего людей не только верующих, но и занимавшихся благотворительностью. Такие братства были распространены в тогдашней Голландии. Этот факт иссле-



Удаление камней глупости.

дователи считают основным, объясняющим то, что Босх не был обвинен в ереси за свои картины. К этому предположению можно добавить и то, что пик активности инквизиции в Голландии, когда велась особенно яростная охота на ведьм и еретиков, пришелся на более позднее время, уже после смерти художника.

Продолжение на стр. 18



Несение креста.



Страшный суд. Ад.



Страшный суд.

Начало на стр. 17

При жизни Босх был достаточно оценен, получал заказы от богатых горожан: об этом свидетельствуют триптихи, картины на трех створках, на которых изображены донаторы – люди, заказывающие картину и оплачивающие работу над ней. Особо широкое признание Босх получил в Испании и Португалии, где имеются наиболее обширные коллекции его картин. Исследователи объясняют это особенностями религиозности тамошних жителей, носившей мрачноватый оттенок, уделявшей значительное место расплате человека за тяжкие грехи. Пишут, что у свирепого короля Испании – Филиппа II – в покоех висела картина Босха.

То, что нам известно так мало фактов из жизни художника, может свидетельствовать о его замкнутости и необщительности. Трудно представить, что почти все документы о нем, жившем в эпоху грамотности и книгопечатания, были уничтожены. Очевидно, их было крайне мало. Если говорить о внешности Босха, то существуют изображения на картинах, носящие, по мнению исследователей, характер автопортретов. Так на ранней картине «Поклонение волхвов» Босх якобы изобразил себя в человеке, смотрящем на зрителя. Это молодой мужчина с округлым лицом, выражающим то ли недоумение, то ли скрывающим какую-то загадку, на нем длинная одежда и странная шапка. Известно еще одно произведение с изображением



Семь смертных грехов.

Босха, хранящееся в музее аббатства города Аррас во Франции. Это худощавый бритый старик с большими глазами на напряженном лице, одетый в голландскую шапку и сюртук.

Необычность живописных приемов Босха мы можем без труда оценить, сравнивая его картины с произведениями великих современников художника – Джорджоне, Микеланджело, Леонардо да Винчи, Рафаэля, Дюрера и многих других. Правда, для голландских мастеров того времени было характерно подчеркнута мрачное изображение религиозных сюжетов, например распятия и искушения святых. Вспомним, что А.С.Пушкин писал в «Евгении Онегине» (сон Татьяны), внимательно рассмотрев копию с одной из таких картин, висевшую в гостинной в Тригорском:

*...за столом
Сидят чудовища кругом:
Один в рогах с собачьей мордой,
Другой с петушьей головой,
Здесь ведьма с козьей бородой,
Тут остов чопорный и гордый,*

*Там карла с хвостиком, а вот
Полужуравль и полукот.*

Все это как будто списано с картин Босха. «Чертовщина», в изобилии присутствующая в произведениях художника зрелого периода, современниками и потомками воспринималась по-разному: одни считали его шутником и чудачком, другие – еретиком, третьи дели в его творчестве протест по отношению к ярко выявившимся тогда порокам католической церкви – мздоимству, разврату, обману верующих. В настоящее время творчество Босха многими рассматривается как попытка философского осмысления места человека в мире, вечно сопровождающих его проблем добра и зла в рамках господствовавшего в то время мистицизма. Поведение и духовность человека в произведениях живописца получают по большей части отрицательную оценку. Положительные образы его картин – это Христос, Богоматерь, Мария Магдалина, искушаемые дьяволом святые: Иоанн Кре-



Поклонение волхвов.



«Шарлатан» («Фокусник»)

стителю, Иероним, Антоний, Христофор. Это вполне традиционно и понятно. Однако ни в одном из «Страшных судов», например у Микеланджело или даже Г.Мемлинга, мы не найдем таких необычных, странных, ужасающих образов, какие создавал И.Босх.

Нужно сказать, что в период с XVII по XIX век о Босхе почти забыли. Это связывают с тем, что большинство его сохранившихся картин находилось, как было сказано, в закрытых коллекциях Испании и Португалии. Конец XIX столетия и XX век явились временем «возвращения Босха», когда многие исследователи занялись детальным изучением его творчества, появилось множество книг и статей о нем. В это же время стали интересоваться и творчеством душевнобольных. Сопоставление результатов этих исследований и привело некоторых специалистов к мнению, что необычность, «странность» произведений Босха явились следствием его психического заболевания. Здесь сказали свое веское слово и психиатры. В руководствах по психиатрии стали использовать фрагменты картин Босха как иллюстрации психопатологических переживаний – галлюцинаторных или характерных для состояний нарушенного сознания (сновидного помрачения сознания).

Необходимость краткого анализа оценок творчества великого голландского художника для нас связана исключительно с тем, что судить о его психическом здоровье (или нездоровье) мы можем только на основании знакомства с его творчеством.

Пишут, что начало творческого пути Босха характеризуется многообразием его интересов: он занимается росписью храма, готовит цветные стекла для церкви, делает проекты церковной утвари, светильников. К сожалению, ни одна из этих работ не сохранилась. Но вскоре Босх сосредоточивает свое внимание исключительно на живописи. Ис-

следователями проведена большая работа по изучению хронологии его картин, и все же ее нельзя считать завершенной. Ясно одно: первые картины художника были более понятны зрителям, в дальнейшем нарастали фантастика и иррациональность.

Известные нам произведения раннего периода творчества – «Брак в Кане Галилейской», «Поклонение волхвов», «Удаление камней глупости», «Шарлатан», а также морализаторские «Семь смертных грехов» – достаточно ироничны, однако в них уже проявляются необычные для этих сюжетов черты – большое количество символики, сейчас понятной только специалистам. Например, цветок, вырастающий из раны оперируемого, – символ обмана, красная книга на голове монахи – примерно то же самое. И все же смысл, вкладываемый художником в эти произведения, нам понятен. Сценка «Шарлатан» («Фокусник») – конкретное изображение того, как жулик отвлекает собравшихся, в то время как его сообщники режут у них кошельки. Но и в обыденной жизни, изображаемой Босхом, проглядывают неожиданные странности: черт держит зеркало, в которое смотрится модница; в шуточной, казалось бы, сценке жуликам угрожает едва заметная в глубине картины виселица и пыточное колесо. Эти особенности первых картин получают в дальнейшем значительное развитие.

Еще одна примечательная черта данного периода творчества Босха, усугубившаяся в дальнейшем, – лица людей. Часто их выражения не соответствуют смыслу картин. Например, лица волхвов на ранней картине «Поклонение волхвов» удивляют своим равнодушием и «неосведомленностью». На картине «Се человек» лица персонажей, окружающих Христа, приобретают звероподобную злобность. Характерно, что с самого начала творчество Босха носит разоблачительный или мора-

лизаторский характер, в нем на первом месте – борьба добра и зла, порока и добродетели. При этом акцент делается на жесточайшем наказании порока.

Во фрагменте картины «Семь смертных грехов», изображающем Ад, появляются фантастические существа, терзающие грешников. Вот как описывает это искусствовед Н.Н.Никулин: «Гневные (грешники. – Авт.) распяты на доске, их режут мечами, скупых варят в котле с расплавленными монетами. Тщеславный черт подносит зеркало, и в это же время страшная жаба забирается на колени одного из них. Сладострастники прикованы к постели, на которую карабкается страшное хвостатое чудовище, напоминающее ящера». Посмотрите, как еще ранний Босх вызывает у зрителя «мороз по коже».

В дальнейшем на картинах появляются, как сказали бы нынешние психологи, «несуществующие животные». Впервые их можно видеть на картине «Воз сена». Сюжет произведения заимствован из голландской поговорки о том, что «каждый хочет ухватить для себя лук сена побольше». На картине в центре – этот самый воз сена, влекомый за собой чудовищами: деформированной рыбой, мечущей икру, людьми с мышинной головой и головой ежа, с деревьями-руками и т. д. На возу зеленое животное с крыльями, с короной на голове играет на дудке для целующихся влюбленных. Здесь коли-

чество «нечисти» еще ограничено. Однако ситуации, изображаемые автором, уже выходят за рамки обычных, даже религиозных, сцен. Один человек режет на глазах у всех другого, и никто на это не обращает внимания. Лица людей свирепые.

Картины Босха не велики по размерам, а репродукции надо рассматривать со значительным увеличением. Детали можно разглядывать часами и постоянно находить что-то новое. При этом произведения наполнены глубоким философским смыслом. Нам понятно желание художника подчеркнуть тщету пагубных человеческих страстей, «наказать порока», показать его отвратительную личину, продемонстрировать жестокость кары, ожидающей грешников. Однако формы, в которых воплощаются эти благородные идеи, не могут нас не удивлять и не поражать. Уместно вспомнить стихотворение П.Ан-токольского, посвященное Босху:

*Он сел в углу, прищурился и начал:
Носы приплюснул, уши увеличил,
Перекалечил каждого и скрючил,
Их низость обозначил навсегда.
А пир в харчевне был меж тем в разгаре.
Мерзавцы, хохоча и балагуря,
Не знали, что сулит им срам и горе
Сей живописец Страшного суда.*

Продолжение на стр. 20



Се человек.



Воз сена.

Начало на стр. 19

Поэта можно упрекнуть лишь в одном: вряд ли Босх, как сказано в стихотворении, был «весел, благодушен», когда создавал свои картины зрелого периода творчества. Может быть, подобные эмоции когда-нибудь и посещали художника, но в картинах это не прослеживается. Множество деталей говорит о напряжении, мрач-

ные сцены катаклизмов, в которых действуют помимо уродливых людей, принимающих необычные позы и застывающих в них, самые фантазмагоричные персонажи, чаще отвратительные. Тут и головоногие существа в шляпах и шлемах, и ящеры в сапогах, и чудища, напоминающие рыб с ногами, грызущие дерево, животные с головами наподобие



Сад земных наслаждений.

ном настроении автора, его отворачивании к неблагоприятным человеческим страстям, раздумьях об отношениях между людьми, их равнодушии друг к другу, неблагодарности, забвении той истины, что за грехи надо платить. Формы, в которых художник воплощает эти идеи, год от года усложнялись и все больше наполнялись таинственной символикой.

Мир зрелого Босха – это скопище уродливых людей и невообразимых чудищ, творящих непотребства на фоне разрухи и пожаров. И, конечно, это особенно ярко проявляется в сценах рисуемого им Ада. Но и в сценах Рая мы видим изгнание отсюда человека. В одной из картин, изображая Рай, художник показывает превращение ангелов в каких-то насекомых. Подобная туча чернокрылых существ появится через столетия в картине Ван Гога «Вороны над хлебным полем».

В изображении земного существования людей и Ада фантазия Босха не знает границ. Это мрач-

утоконосов. Вся эта нечисть неизмеримоными способами истязает людей, пассивно выносящих пытки. При этом имеются и «комбинации» животных и человекоподобных с неодушевленными предметами: высохшее дерево, держащее на ветках-руках ребенка, завернутого в кору; огромные уши, соединенные стрелой, между которыми торчит нож; кувшин на лошадиных ногах, а его горлышко – заднепроходное отверстие.

В общем, описывая словами эти картины, можно составить объемистую книгу. Поражает неистощимая фантазия художника, черпающая образы не из жизни, а исключительно из воображения, по нашему мнению, болезненного. Эти гениальные, особенно если вспомнить время их создания, произведения очень схожи с картинами заведомо душевнобольных, рисовавших через 500 лет после Босха. Можно по-разному трактовать символику Босха, но есть детали, расшифровка кото-

рых не под силу самому искусственному знатоку. Они не могут быть объяснены с точки зрения психиатра иначе, чем проявление болезненной фантазии автора картин.

Теперь попробуем подвести итог описанным фактам жизни и творчества художника. Известно, что потомственный живописец Иероним Босх, живший на грани XV и XVI веков, всю свою жизнь провел в городе, где родился. Он не совершал традиционного путешествия в Италию, как поступали все его современники-живописцы. Видимо, Босх вел уединенную жизнь, и внешне все выглядело благополучно. Ему успешно удалось избежать преследований за свои произведения, которые могли трактоваться как еретические. Живописи он учился у своих предшественников – голландских живописцев, в том числе и у собственных родственников. Босх был весьма начитан и образован, о чем можно судить по сюжетам его произведений, где использовались содержание старинных книг, в первую очередь религиозных, народные предания и пословицы. Он ориентировался в вопросах современных ему науки и искусства: астрологии, алхимии, народной медицины, геометрии, архитектуры, музыки. Некоторые обращают внимание на то, что картины Босха напоминают сцены из театральных представлений, и делают вывод, что художнику были не чужды интересы средневекового народного театра.

Однако даже поверхностное знакомство с картинами И.Босха позволяет нам судить о психическом нездоровье автора. Имеющаяся, может быть, несколько приблизительная, хронология произведений художника, которая и подтверждается манерой письма, более отточенного в зрелости, свидетельствует о том, что начальный этап творчества характеризовался психологически понятными картинами, носившими религиозно-морализаторский характер. Как особенность живописи Босха этого периода можно отметить гротескность изображения персонажей в сценах народной жизни, что было нехарактерно для живописцев того времени. На некоторых картинах у Босха уже появляются единичные «чудища», может быть, даже лишние в контексте почти реалистических картин.

Постепенно картины Босха приобретают необычно фантастический характер, где понятен только общий сюжет, а преобладают нагромождения ужасающих сцен с невообразимыми участниками (это зрелый период творчества художника). Существа, населяющие картины, по сути являются «несуществующими животными». В психологии применяется выражение – «Рисунок несуществующего животного», когда пациенту предлагается нарисовать нечто подобное для уточнения

характеристик его мышления. «Здоровые» люди «вымучивают» что-нибудь на пяти ногах или с одним рогом, но душевнобольные, как правило, изображают нечто невероятное, которое «нарочно не придумаешь». Вот и Босх населял свои картины такими животными. Кто-то скажет, что это «зашифрованные символы». Но ведь чтобы расшифровать хотя бы некоторые из них, нужна специальная подготовка. Мы все-таки склонны считать это проявлением болезненной абстрактности и парадоксальности мышления художника.

Обратим еще раз внимание на эмоциональную неадекватность людей, изображенных на картинах Босха. Их неизмеримо мучают, но лица их по большей части равнодушны. Такова безразличная обнаженная девушка из «Страшного суда», по которой ползают змеи и которую преследует ящер в сапогах и с факелом в руках. Еще одна характерная черта творений Босха – это разобщенность персонажей и ситуаций, где каждый ведет себя как будто «он здесь один». Особенно



Корабль дураков.

показательна в этом отношении картина «Корабль дураков»: здесь кто поет, кто кричит, кто пьет, кто черпает воду или вино. Это действительно, как метко подметил психиатр и художник Р.Б.Хайкин, напоминает обстановку старого сумасшедшего дома, хотя фактически такие дома и их изображения появились значительно позже.

В центре Ада из «Сада земных наслаждений» мы видим деревенскую пещеру, в которой вроде бы располагается харчевня. И вот на краю этой пещеры, повернувшись ко всем спиной, среди адского ужаса сидит, задумчиво подперев щеку рукой, человек. Считают, что это автор изобразил себя – в то время было при-

нято рисовать себя среди других персонажей. Невольно возникает мысль об этом герое: «Нашел место, где размышлять! Нормально ли это?» Напомним еще раз, что в целом картины Рая, человеческой жизни и Ада в триптихах напоминают грезы человека со сновидным нарушением сознания.

Психиатры называют это состояние онейроидом. То, что рисует Босх, очень трудно да, пожалуй, и невозможно вообразить человеку с «нормальным» рассудком. А для онейроида как раз характерны сценopodobные фантастические зрительные и слуховые галлюцинации с представлениями Ада или Рая, космических полетов и войн. Больные называют это сном наяву. При этом они видят в этой необычной обстановке самих себя. Аффективно такие состояния окрашены страхом или экстазом. Нередко переживания принимают характер манихейского бреда (тема борьбы добрых и злых сил

вокруг самого больного). Такие видения хорошо запоминаются и при соответствующих способностях позднее воспроизводятся больными в виде картин. Психиатр С.Ш.Недува пишет о частоте онейроидных переживаний у представителей разных искусств: Микеланджело, В.Гаршина, М.Врубеля, Ф.Кафки, М.Чюрлениса. Этот список может быть значительно дополнен, и Босх имеет все основания в него войти. Очень велика вероятность, что художник рисовал свои яркие, может быть повторяющиеся, видения. Упомянувшийся Р.Б.Хайкин, ссылаясь и на других психиатров, отмечает такую особенность творчества Босха, как «боязнь пугающего пространства»: художник старается заполнить фигурами и предметами каждый сантиметр картины. Такая тенденция очень характерна для творчества душевнобольных. Некоторые поэты, в которых находятся персонажи картин Босха, напоминают позы засты-

вания больных в кататоническом ступоре (болезненной обездвиженности). Подобное может рисовать только человек, переживший соответствующую ситуацию или неоднократно наблюдавший ее.

Последний период творчества художника характеризуется отходом от изображения мистики и фантастики. На картинах «нечисть» заменяется изображением «озверевших» людей («Несение креста»), апофеозом неприкаянности человека («Бродяга» или «Блудный сын»), идущего к полуразрушенному мосту, где он непременно свалится в воду. Босху приписывают такие глубоко философские произведения (они не сохранились), как «Шествие слепых» и «Битва Поста и Пасхи». Вспомним, что эти сюжеты были использованы позднее в гениальных картинах Брейгеля Старшего.

Некоторые исследователи, подтверждая версию о душевной болезни И. Босха, ссылаются на то,

что о последних годах его жизни нет никаких исторических данных. Они связывают это с желанием семьи скрыть болезнь художника. Год смерти Босха известен – 1516-й, об этом свидетельствуют церковные книги, он прожил около 60 лет. Причины смерти неизвестны. Насчет его похорон данные противоречивы. Одни пишут о скромных похоронах, другие – о пышных, со всеми подобающими обрядами.

Как бы то ни было, приходится заключить, что великий голландский художник Иероним Босх страдал хроническим, не исключено, что протекавшим в виде приступов, психическим заболеванием – шизофренией. Это многое объясняет в его творчестве, хотя далеко не все. Мы старались в этом разобраться. Могло бы состояться такое гениальное, необычное творчество без вмешательства психической болезни? Скорее всего – нет. Это был бы другой Босх, а возможно, никакого Босха и не было бы. ■

У наших друзей

Бипериден (Акинетон): обзор литературы



В.Лернер
Центр психического здоровья,
Беэр Шева, Израиль;
Университет им. Бен Гуриона
в Негеве, Беэр Шева, Израиль

Антихолинергические препараты были первыми широко используемыми лекарственными средствами для лечения паркинсонизма. Еще в древней Индии для лечения разных неврологических заболеваний, среди которых был и паркинсонизм, местные целители использовали растения, содержащие антихолинергические вещества. Однако эти знания со временем, по всей видимости, либо забылись, либо о них не было известно за пределами Индии. В середине XIX в. в Европе откры-

ли заново целебные действия этих растений и начали их изучение.

В 1867 г. Leopold Ordenstein (1835–1902) в диссертации, выполненной под руководством Jean-Martin Charcot (1825–1893), описал случайно обнаруженный антипаркинсонический эффект настойки красавки (*Atropa belladonna*) при лечении слюнотечения у больных паркинсонизмом. С тех пор и до середины XX в. для лечения паркинсонических симптомов начали широко применяться препараты, приготовленные из растений, содержащих алкалоиды из группы атропина, – такие как настойки белладонны, страмония, черной белены и др. На протяжении столетия антихолинергики были единственным возможным лечением паркинсонизма. В первую очередь это было связано с доступностью растений из семейства пасленовых, которые часто использовались в виде спиртовых экстрактов или сигарет.

В начале 1940-х годов появились синтетические антихолинергические препараты, в течение последующего десятилетия начали проводиться их клинические испытания. Эти ранние исследования проводились главным образом на больных, перенесших энцефалит, и с точки зрения современного подхода их дизайн оставляет желать лучшего. Однако до сих пор эти исследования являются базисом клинических

оценок безопасности и эффективности этих лекарств. В их пользу говорит то, что они используются столь длительное время для лечения больных, а их отмена приводит к ухудшению паркинсонической симптоматики. Фармакологическая основа для использования антихолинергических препаратов (холинолитиков) подкрепляется четкой демонстрацией дофамин-холинергического антагонизма в стриатуме. Точный механизм их действия на паркинсонические симптомы до сих пор остается невыясненным. В настоящее время считается, что антипаркинсонический эффект этих лекарственных средств основан на коррекции нарушенного баланса между стриатальным дофамином и ацетилхолиновой активностью, вызванного дегенерацией дофаминергических nigrostriatalных нейронов при болезни Паркинсона.

Одним из антихолинергических препаратов является бипериден гидрохлорид. Бипериден, в Российской Федерации известный под названием «Акинетон», был синтезирован в марте 1953 г. немецким химиком W.Klavehn из компании «Knoll AG».

Фармакокинетика и фармакодинамика

Акинетон является M-холиноблокатором центрального действия с незначительной периферической антихолинергической

активностью, что позволяет избегать нежелательных эффектов в виде нарушения аккомодации, сердечного ритма, артериальной гипотензии, задержки мочи и др.

Его преимуществом по сравнению с другими антихолинергическими препаратами следует считать относительную избирательность в блокировании M1-холинорецепторов, широко представленных именно в базальных ганглиях. Полагают, что симптоматический эффект Акинетона при лечении дистонии связан с блокированием холинергических интернейронов, находящихся в полосатом теле. Кроме того, он способен блокировать N-метил-D-аспартат-рецепторы (глутаматные рецепторы), что имеет патогенетическое значение в терапии прогрессирующих нейродегенеративных заболеваний, ассоциированных с дистонией.

Способ применения и дозы

Акинетон выпускается в таблетированной и ампулированной формах. Его можно вводить как внутримышечно, так и внутривенно. Дозировка и частота приема подбираются индивидуально и зависят от конкретной симптоматики и возраста пациента. В настоящее время Акинетон широко используется в медицинской практике, главным образом среди невропатологов и психиатров, для устранения разных невроло-

Продолжение на стр. 22

гических и психических нарушений. Начальная доза препарата составляет 2 мг/сут с ежедневным увеличением на 1–2 мг до достижения терапевтического эффекта. Максимальная суточная доза при приеме внутрь составляет 16 мг/сут, при парентеральном введении – 20 мг/сут.

Акинетон при болезни Паркинсона

Термин «паркинсонизм» является общим понятием для ряда заболеваний и состояний, характеризующихся тремором, мышечной ригидностью, гипокинезией и постуральной неустойчивостью. Болезнь Паркинсона, или дрожательный паралич, – это идиопатическое, медленно прогрессирующее хроническое неврологическое заболевание, возникающее у лиц средней и старшей возрастной группы. Иногда болезнь может возникнуть в более молодом возрасте до 40 лет (болезнь Паркинсона с ранним началом) и даже в 20 лет (ювенильная форма). В общей популяции болезнь возникает приблизительно у 1 из 1000 человек. Среди лиц 65 лет и старше заболеваемость составляет приблизительно 1%.

Среди множества сообщений о лечении болезни Паркинсона антихолинэргическими препаратами мы нашли только одно, в котором изучалось действие Акинетона (биперидена), опубликованное в 1967 г. Это было нерандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, включавшее 80 больных с паркинсонизмом с длительностью заболевания более 2 мес. У 14 из них симптомы паркинсонизма были расценены как постэнцефалические. Авторы не указали тяжесть симптомов, среднюю суточную дозу Акинетона, а также клинические характеристики больных. Согласно результатам состояние 68% больных значительно улучшилось и 13% прекратили участие в эксперименте из-за «полной неэффективности плацебо». У 53% больных уменьшился тремор (длительность, частота и амплитуда), у 40% – мышечная ригидность, у 45% – брадикинезия, у 45% – слюнотечение и у 38% улучшилась походка.

Акинетон при острых экстрапирамидных расстройствах

Большинство двигательных нарушений происходит вследствие медленно развивающихся дегенеративных процессов. Однако в некоторых случаях они могут возникать быстро, особенно если речь идет о побочных явлениях, вызванных лекарствами. Острая акатизия, вызванная нейролептическими препаратами, вызывает дистресс и представляет важную

клиническую проблему при лечении душевнобольных, поскольку она может привести к суицидальному и импульсивному поведению и способствует отказу больных от лечения. Это побочное явление состоит из двух компонентов: субъективного чувства внутреннего беспокойства и объективных бесцельных движений. Антихолинэргические препараты – одна из терапевтических опций при лечении этого побочного эффекта.

Данные об эффективности Акинетона при лечении острой акатизии противоречивы. Так, T. van Ruiten в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании сообщил о быстром и эффективном лечении акатизии (от 20 до 60 мин) при внутримышечном введении 5 мг Акинетона, но не плацебо.

T.Friis и соавт. в двойном слепом перекрестном исследовании (15 больных) сравнивали эффективность Акинетона в средней дозе 12 мг/сут (6–18 мг), вальпроата натрия (900–2400 мг/сут) и плацебо. Каждый лечебный период продолжался 4 нед. Все участники страдали от акатизии, вызванной нейролептиками. Кроме того, у 11 больных был паркинсонизм, еще у 11 – гиперкинезия (из которых у 8 человек поздняя дискинезия) и у 3 больных – начальная гиперкинезия. Было продемонстрировано, что Акинетон значительно уменьшил выраженность акатизии по сравнению с плацебо ($p < 0,01$) и вальпроатом натрия.

На основании клинического опыта было предположено, что внутривенное введение Акинетона может привести к более быстрому купированию симптомов акатизии. Результаты этих исследований были противоречивы. E.Ayd и C.Medina не обнаружили различий в эффективности Акинетона при внутримышечном и внутривенном введении, тогда как F.Eckman и соавт., N.Kline и соавт. сообщили о мгновенном эффекте (от 0 до 5 мин), возникающем после внутривенного введения 5 мг Акинетона.

В другом открытом клиническом эксперименте приняли участие 23 пациента (12 мужчин и 11 женщин), у которых появилась острая акатизия после начала лечения нейролептиками. В исследовании сравнивали терапевтический эффект внутривенного (17 больных) и внутримышечного (6 больных) введения 5 мг Акинетона. Эффективность лечения определялась с помощью оценочной шкалы Барнса. После внутривенного введения Акинетона среднее время начала терапевтического действия возникло через $1,6 \pm 1,9$ мин и достигало максимального действия через $9,2 \pm 6,0$ мин. Кроме того, ко времени максимального эффекта акатизия исчезала у всех больных. Побочные явления, такие как спутанность, сонливость, головокружение, сердцебиение и сухость во рту, были легкими и преходящи-

ми. После внутримышечной инъекции среднее время начала терапевтического эффекта наступало через $30,5 \pm 5,9$ мин, а максимальный эффект через $50,0 \pm 7,4$ мин, т.е. максимальный эффект наступал значительно быстрее после внутривенного введения Акинетона. Авторы заключают, что внутривенное введение 5 мг Акинетона может способствовать быстрому и эффективному лечению больных с акатизией.

Острые дистонические реакции, возникающие при лечении нейролептиками, представляют собой жизне-угрожающие состояния и требуют немедленного лечения. Все исследователи единодушно отмечают, что они быстро и легко устраняются парентеральным введением антихолинэргических медикаментов (Акинетон, бензтропин, бензгексол, проциклидин и др.). В одном из таких исследований сравнительный эффект внутривенного введения Акинетона и клоназема на острые дистонические реакции был изучен на 14 больных с разными формами дистонии: у 2 больных диагностирована сегментальная дистония, у 6 – генерализованная и еще у 6 пациентов – синдром Мейге. Внутривенное введение 5 мг Акинетона было более эффективным, чем 1 мг клоназема. У 2 больных, получивших Акинетон, возникло легкое головокружение.

В открытом перекрестном исследовании 35 больных эфедроновой энцефалопатией и мышечной дистонией со средней длительностью заболевания 6,9 года сравнили эффективность Акинетона (в дозировке до 10 мг/сут) и тригексифенидила (в дозе до 10 мг/сут). Данное исследование показало, что применение Акинетона у 40% пациентов привело к значимому уменьшению выраженности дистонического гиперкинеза одновременно с умеренным улучшением функциональной независимости и качества жизни больных.

Акинетон при поздней дискинезии

Две группы исследователей независимо друг от друга провели сравнение эффективности Акинетона и амантадина при лечении больных с экстрапирамидными симптомами, вызванными нейролептиками. Часть этих больных страдала от поздней дискинезии. В первом исследовании, используя двойной слепой дизайн, сравнивали влияние амантадина (300 мг/сут) и Акинетона (6 мг/сут) на экстрапирамидные нарушения, вызванные галоперидолом. Эффективность лечения измерялась с помощью оценочных шкал. Результаты показали, что оба препарата были эффективны в устранении двигательных нарушений. Во втором исследовании также использовался двойной слепой перекрестный дизайн. В нем приняли

участие 32 больных шизофренией, длительное время получавшие антипсихотики и тригексифенидил. Дозировка антипсихотиков оставалась постоянной, но тригексифенидил был заменен на плацебо за 1 нед до начала исследования, без того чтобы пациенты знали об этом. Затем больные случайным образом были разделены на 2 группы: в течение 2 нед одна группа получала амантадин 200 мг/сут, а другая – Акинетон 4 мг/сут. По истечении 2 нед всем больным активные препараты были прекращены и заменены на плацебо. Затем те, кто получал Акинетон, лечились амантадином и наоборот, получавшим амантадин назначали Акинетон. Эффективность лечения определялась с помощью двух шкал: шкалы, оценивающей позднюю дискинезию (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS), и шкалы, оценивающей паркинсонические экстрапирамидные симптомы (Simpson-Angus Neurologic Rating Scale, SAS). Авторы не обнаружили различий в эффективности обоих препаратов, и не было отмечено ухудшения в симптоматике поздней дискинезии. По их мнению, амантадин и Акинетон равноценны в устранении симптомов поздней дискинезии и экстрапирамидных симптомов, вызванных нейролептиками. Авторы полагают, что эти препараты могут применяться для лечения поздней дискинезии в легкой форме.

W.Greil и соавт. провели двойное слепое исследование на 10 больных с выраженными симптомами поздней дискинезии. Все больные, по крайней мере в течение 2 лет, принимали типичные антипсихотические препараты и Акинетон. Состояние больных определялось с помощью оценочных шкал – таких как шкала для оценки тяжести поздней дискинезии AIMS, разработанная авторами исследования, и шкала для оценки тяжести паркинсонических симптомов SAS. Лечение Акинетоном было прекращено, и в течение 2 нед у 9 больных выраженность симптомов поздней дискинезии значительно уменьшилась, главным образом в области рта. В конце 7-й недели исследования Акинетон был вновь назначен 5 больным, и у 4 из них отмечалось усиление двигательных нарушений в щечно-язычной области. У больных, не принимавших Акинетон, симптомы поздней дискинезии продолжали уменьшаться. На основании полученных результатов авторы пришли к заключению, что прекращение лечения антихолинэргическими препаратами может уменьшить симптомы поздней дискинезии.

Однако в недавно опубликованном руководстве по лечению поздней дискинезии авторы, проанализировав всю имеющуюся литературу по данному вопросу, пришли к заключению, что нет

достаточно обоснованных данных, указывающих на то, что прекращение лечения Акинетоном приводит к улучшению состояния при поздней дискинезии.

Акинетон и депрессия

Холинергическо-норадренергическая гипотеза аффективных заболеваний предполагает, что эти состояния могут быть результатом нарушенного баланса между холинергической и норадренергической системами в тех областях мозга, которые отвечают за настроение.

В открытом исследовании 10 больных с тяжелой депрессией получали Акинетон в течение 30 дней в средней дозе 12 мг/сут. Диагноз ставился согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра, исследовательским диагностическим критериям (Research Diagnostic Criteria) и Ньюкастлской шкале депрессий (Newcastle Depression Scale). Отмечалось значительное улучшение депрессивных симптомов по шкале Гамильтона (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression, HAM-D) ($p < 0,001$). Особенно это касалось таких симптомов, как заторможенность и ажитация ($p < 0,001$), депрессивное настроение ($p < 0,001$), засыпание ($p < 0,05$), трудовая деятельность и интересы ($p < 0,001$), желудочно-кишечные симптомы ($p < 0,001$). Тем не менее через 3 нед лечение у 2 больных было прекращено: у одного из-за возникновения параноидного синдрома и у другого из-за внутреннего беспокойства и усиления депрессии. Авторы пришли к заключению, что полученные результаты могут помочь в выяснении патогенеза определенных видов депрессивных состояний.

В 6-недельном рандомизированном двойном слепом исследовании с параллельным дизайном J.Gillin и соавт. сравнивали влияние плацебо и Акинетона на депрессию. Диагноз депрессии ставился на основании диагностических критериев Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-III-R). Окончательные результаты исследования основывались на 19 пациентах. В течение 1-й недели все больные получали плацебо, а затем в течение 4 нед либо Акинетон (9 больных – до 12 мг/сут), либо гликопиролат (холинолитик с исключительно периферическим действием: 10 больных – 1 мг/сут). Кроме того, все больные получали плацебо в течение 6 нед. Состояние больных в обеих группах значительно улучшилось, и не было значимых различий между группами, получавшими Акинетон или гликопиролат.

В другом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании 6 женщинам в депрессив-

ном состоянии внутривенно вводили Акинетон или плацебо. Изменения в состоянии оценивались с помощью депрессивной шкалы Гамильтона HAM-D, депрессивной шкалы Монтегери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) и самооценочного опросника (Janke and Debus, EWL-K). Авторы сообщили о быстром антидепрессивном эффекте, отмеченном на шкалах MADRS и EWL-K, у больных, получавших Акинетон. Однако существенных различий в симптомах, измеряемых по шкале HAM-D, не было найдено – за исключением таких пунктов, как депрессивное настроение, работа и интересы.

Акинетон при эпилепсии

Акинетон, как и другие антипаркинсонические лекарства (бенактин, карамифен, проциклидин и тригексифенидил), обладает антихолинергическими и антиглутаматергическими свойствами, которые могут влиять на противосудорожную активность. T.Muher и соавт. провели экспериментальное сравнительное исследование, целями которого были: 1) оценка эффективности антипаркинсонических препаратов в качестве противосудорожной терапии; 2) определение механизма (холинергический или глутаматергический), связанного с данной способностью. С этой целью 20 крысам за 20 мин до подкожной инъекции зомана (вещество, вызывающее судорожные припадки) вводили в височную область (отвечающую за судорожную активность) антипаркинсонические препараты. Результаты исследования показали, что проциклидин и карамифен предупреждали судороги, вызываемые зоманом. Противосудорожное действие этих препаратов связано с холинергической, а не с глутаматергической активностью.

Кроме экспериментальных исследований на животных изучали действие Акинетона на больных, страдающих эпилептическими эквивалентами. У 4 пациентов со снохождением, спутанным поведением и не реагирующих на стандартное лечение (диазепам, клоназепам и амитриптилин) к проводимой терапии добавили Акинетон. Результаты показали, что добавление Акинетона уменьшило или прекратило снохождение. Наблюдение за больными велось в течение 4 лет (от 2 до 7 лет). Вместе с тем Акинетон не оказал терапевтического действия на больного, у которого имелись нарушения поведения во время REM-фазы сна. Авторы полагают, что несмотря на маленькое количество пациентов, Акинетон может быть полезным средством для лечения снохождения, однако результаты должны быть подтверждены в рандомизированных контролируемых исследованиях.

РУ №ПН015243/01, 02 от 15.08.2007



АКИНЕТОН

Biperiden

Селективный M₁-холиноблокатор центрального действия

Антихолинергическое средство (холинолитик) первого выбора при лечении синдрома паркинсонизма, различных вариантов тремора, дистонии, дискинезий, акатизии

Эффективный корректор экстрапирамидных двигательных расстройств, связанных с приёмом нейролептиков

Акинетон включен в перечень ЖНВЛС, в стандарт лечения болезни Паркинсона, в Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств, а также в стандарт специализированной медицинской помощи при шизофрении (05.02.2013 МЗ РФ)



Desma
GmbH
Сделано в Германии

Две лекарственных формы:
раствор для инъекций 5 мг/мл, ампулы 1 мл №5
и таблетки 2 мг №100

Подробная информация:
www.akineton.ru

МЕДИНТОРГ
акционерное общество

+7 (495) 921-25-15
+7 (812) 611-12-31

Реклама

Акинетон и лекарственная зависимость

Акинетон и другие холинолитики являются потенциально опасными препаратами, приво-

дящими к злоупотреблению. Это может объясняться их способностью уменьшать ангедонию,

Продолжение на стр. 24

вызванную нейролептиками. Распространенность этого злоупотребления остается неизвестной. Некоторые авторы сообщают о 34% распространенности злоупотребления антихолинергическими препаратами среди хронических психиатрических больных. В исследовании, которое было проведено в Германии, изучалась группа из 120 человек, злоупотребляющих разными препаратами. В данной группе 16 (15%) человек злоупотребляли Акинетоном. Все обследованные пациенты страдали от политоксикомании (наркотики и алкоголь). Наиболее частым было совместное употребление Акинетона с морфием. Авторы не обнаружили ни одного случая «чистого» злоупотребления Акинетоном.

Вместе с тем существуют данные о возможности снижения влечения к кокаину с помощью холинолитиков. В экспериментальном исследовании изучали влияние Акинетона на кокаинзависимых мышей. Результаты показали, что мыши, получавшие Акинетон, значительно меньше проводили времени в помещении, где находился доступный им кокаин, по сравнению с теми, кто получал физиологический раствор. Авторы предположили, что Акинетон может быть эффективным медикаментом для лечения кокаиновой зависимости.

Это предположение было проверено в клиническом исследовании, изучавшем эффективность Акинетона на снижение тяги у наркоманов-кокаинистов. В 8-недельном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании участники случайным образом были разделены на 2 группы, одна из которых (56 человек) получала Акинетон, а другая (55 человек) – плацебо. В группе, получавшей Акинетон, 24 (42,8%) человека полностью закончили исследование, а в группе, получавшей плацебо, только 11 (20%) человек. Авторы полагают, что Акинетон может способствовать снижению влечения к кокаину у злоупотребляющих им пациентов.

Акинетон и когнитивные функции

Нарушения в функционировании холинергических нейронов связаны с когнитивным снижением и с таким нейродегенеративным заболеванием, как болезнь Альцгеймера. Кроме того, эти нарушения описаны при шизофрении, и, вероятно, они играют определенную роль в возникновении позитивных симптомов и когнитивных нарушений у больных.

Исходя из предположений, основанных на описаниях, было проведено несколько клинических исследований, изучавших влияние антихолинергиков на когницию. Их результаты пока-

ли, что холинолитики ухудшают когнитивные функции.

В двойном слепом перекрестном исследовании изучали влияние Акинетона (4 мг/сут) и амантадина (200 мг/сут) на память. Было обнаружено, что Акинетон вызывает больше нарушений памяти, особенно зрительной, чем амантадин.

В другом исследовании сравнили изменение когнитивных функций и качества жизни у 24 больных шизофренией, прекративших прием Акинетона, с 10 больными, продолжавших его прием. Все пациенты принимали антипсихотики II поколения и Акинетон, по крайней мере 3 мес до начала исследования. Изменения в состоянии больных оценивались с помощью шкалы Краткой оценки когниции при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS-J) и шкалы оценки качества жизни больных (Schizophrenia Quality of Life Scale, SQLS-J). Через 8 нед у больных, прекративших прием, отмечалось значительное улучшение в выполнении двигательных упражнений, решении задач, связанных с кодированными символами, в субъективной оценке качества жизни, их речь становилась более плавной.

Вместе с тем отдельные исследования показывают, что существует разница во влиянии антихолинергических препаратов на когнитивные функции. В сравнительном открытом перекрестном исследовании Акинетона (6 мг/сут) и тригексифенидила (6 мг/сут), проведенном А.С.Аведисовой и соавт., было продемонстрировано, что снижение когнитивных функций наиболее отчетливо наступало при назначении тригексифенидила. В другом 12-недельном двойном слепом перекрестном исследовании сравнивали действие Акинетона и глуконата на когнитивные функции больных, получающих клозапин. Оценка влияния препаратов проводилась с помощью шкалы Краткой оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE). Было продемонстрировано, что Акинетон значительно ухудшил показатели шкалы MMSE, в то время как глуконат не оказал на них никакого влияния.

Недавнее исследование С.Виноградова и соавт. показало, что существует обратная корреляция между высокими уровнями холинолитиков в сыворотке и низкими результатами при проверке вербальной рабочей памяти, вербального обучения и памяти у больных шизофренией. Пациенты с более высокими уровнями холинолитиков демонстрировали значительно худшие результаты после интенсивного компьютеризированного тренинга по сравнению с больными с более низкими уровнями холинолитиков. Это исследование подтверждает негативное влияние антихолинергических препаратов на когницию.

Сердечно-сосудистая деятельность

Одним из возражений для назначения антихолинергических препаратов для лечения экстрапирамидных расстройств, вызванных нейролептиками, является их влияние на вегетативную нервную систему. С целью проверки влияния холинолитиков на сердечную деятельность были изучены 48 больных шизофренией. Из них Акинетон был отменен 33 больным с симптомами паркинсонизма и без них, и 15 больным с симптомами паркинсонизма Акинетон был назначен. Паркинсонические и психотические симптомы оценивались при помощи психометрических шкал. Изменения в сердечной деятельности измерялись регистрацией интервала R-R и анализом всех изменений, происходящих на электрокардиограмме до и после отмены или назначения Акинетона. Результаты показали, что Акинетон не оказывал влияния на сердечную деятельность, в то время как изменения в психическом состоянии играли важную роль в работе сердца. В другом исследовании оценивали влияние лечения комбинацией психотропных препаратов на частоту сердечных сокращений. Авторы пришли к заключению, что изменение скорости сердечных сокращений при приеме комбинации психотропных средств зависит главным образом от выраженности антихолинергического действия лекарства.

Акинетон как антидот

Антихолинергические препараты изучались в экспериментальных исследованиях на животных как возможное противоядие при отравлении нервнопаралитическими ядами, такими как табуны. Исследования продемонстрировали, что применение холинолитиков, в частности Акинетона, более эффективно в устранении токсического эффекта, чем их совместное применение с атропином или только использование атропина.

Побочные явления

Естественно, что, как и любые другие лекарства, антипаркинсонические препараты вызывают побочные явления. Вследствие антимускаринового действия их назначение противопоказано при закрытоугольной глаукоме, тахикардии и увеличении простаты. Кроме того, они могут вызывать затуманенность зрения из-за нарушения аккомодации, задержку мочи, тошноту, наиболее частым побочным явлением является сухость слизистых оболочек. Наиболее существенным ограничением их использования в клинической практике являются побочные явления, связанные с центральным холинолитическим эффектом и включающие

острую спутанность сознания, галлюцинации и седацию. Среди других холинолитиков Акинетон вызывает меньшее количество побочных явлений, однако в литературе имеются данные о возникновении бессонницы, возникшей после отмены препарата. Кроме того, опубликованы сообщения о возникновении делирия при лечении Акинетоном как у пожилых, так и у подростков.

Некоторые побочные явления Акинетона, в частности появление сухости слизистых оболочек, использовалось для лечения слюнотечения, возникающего при лечении клозапином.

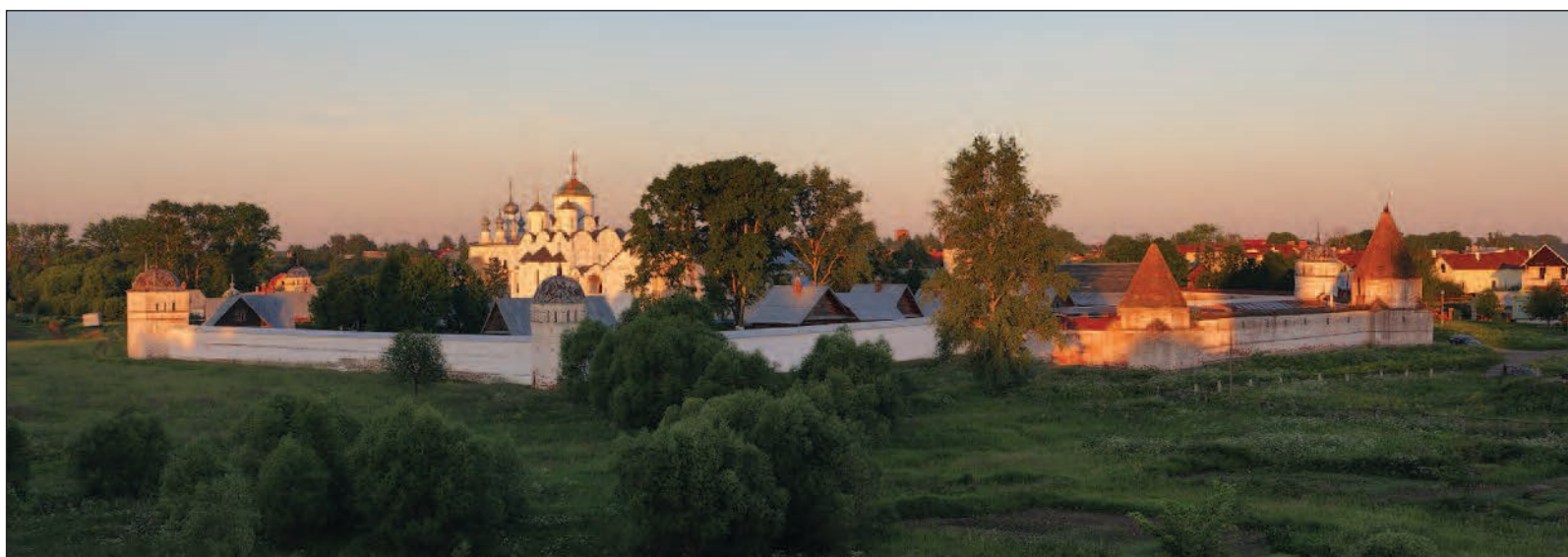
Передозировка и отравление акинетоном

Передозировка и отравление Акинетоном вызывают такие же явления, как и передозировка или отравление другими антихолинергическими препаратами. Эти симптомы схожи с симптомами отравления атропином: гиперемия лица, сухость рта, верхних дыхательных путей и кожи, мидриаз, тахикардия, аритмия, ослабление перистальтики кишечника, задержка мочи, повышение температуры тела, агрессивное поведение, тревога, нарушение ориентации, спутанность сознания, делирий и галлюцинации. При тяжелом отравлении возможны ступор, коматозное состояние, остановка дыхания и сердца и летальный исход. В качестве специфического антагониста Акинетона используется введение физостигмина: либо внутримышечно 1 мг, либо медленное внутривенное вливание каждые 20 мин, но не больше 4 мг/сут.

Заключение

Акинетон является клинически эффективным препаратом для симптоматического лечения паркинсонических симптомов как при монотерапии, так и в комбинации с другими медикаментами. Акинетон – эффективное средство для купирования острых дистонических реакций, возникающих при лечении нейролептиками, особенно при внутривенном введении. Препарат сочетается со всеми другими методами лечения мышечных дистоний. Вместе с тем существуют определенные ограничения в его использовании из-за возможности возникновения побочных явлений. Перед назначением Акинетона необходимо тщательно взвесить показания, противопоказания и подобрать индивидуальную дозировку. С особой осторожностью его следует назначать при закрытоугольной глаукоме, аденоме предстательной железы, а также пожилым пациентам. В случаях, когда пациент принимал препарат несколько недель, следует избегать его быстрой отмены. ■

XII Всероссийская школа молодых психиатров «Суздаль-2015»



Уважаемые коллеги!

19–24 апреля 2015 г. в городе Суздаль в рамках образовательных программ Российского общества психиатров (РОП) состоится XII Всероссийская школа молодых ученых проводятся регулярно, начиная с 1979 года. Данное мероприятие стало важным событием в жизни отечественной психиатрии. В программу Школы-2015 будет внесен ряд изменений, направленных на более широкое вовлечение молодых ученых в обсуждение насущных проблем современной психиатрии: «защита» нового электронного учебника психиатрии, подготовленного группой молодых психиатров, международный симпозиум Академии «ВПА-Сервье», новая система отбора победителей научного конкурса Школы и ряд других нововведений. Традиционно пройдут лекции известных российских и зарубежных ученых, а также семинары, круглые столы, тренинги и сателлитные симпозиумы под руководством и с участием академиков РАН, директоров крупнейших научных центров страны, заведующих кафедр, ведущих специалистов в области охраны психического здоровья. Привлечение к ко-спонсорству Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) даст возможность более широкого приглашения к участию в работе Школы зарубежных участников, в том числе и из Восточноевропейского региона ВПА. Организаторами данного мероприятия являются Российское общество психиатров, Всемирная психиатрическая ассоциация, Комиссия по работе с молодыми учеными и специалистами РОП, Совет молодых ученых РОП, Департамент здравоохранения Владимирской области. Для работы в Школе при-

глашаются научные сотрудники, аспиранты, клинические ординаторы (второго года обучения), врачи-психиатры, медицинские психологи в возрасте до 35 лет (включительно). В рамках Школы проводится конкурс научных работ молодых ученых. По результатам конкурса планируется выпуск сборника статей, который будет раздаваться бесплатно на месте проведения Школы. 30 победителям конкурса будет предоставлено бесплатное проживание и участие во всех мероприятиях Школы. Шестерым авторам лучших, по мнению жюри, работ будет дополнительно предоставлена возможность выступить на пленарном заседании Школы.

Научные работы на конкурс принимаются в форме тезисов на сайте: www.psychiatr.ru.

Чтобы подать тезисы: 1) зарегистрируйтесь на сайте как Специалист или введите адрес своей электронной почты и пароль, если Вы уже зарегистрированы, 2) пройдите в Личный кабинет пользователя (по ссылке в правом верхнем углу сайта), 3) в левом меню выберите «Мои подачи тезисов» (или сразу нажмите эту ссылку), 4) в открывшейся форме заполните все поля; в поле «Мероприятие» нужно выбрать «XII Всероссийская школа молодых ученых...», 5) После нажатия кнопки «Отправить» тезисы будут приняты оргкомитетом к рассмотрению. Вы можете их просматривать или вносить изменения до даты завершения приема тезисов.

Сроки подачи научных работ на конкурс и тезисов: до 4 февраля 2015 г. (после этой даты прием тезисов будет автоматически прекращен)

Условия подачи научных работ на конкурс:

- работа представляет собой научное исследование;
- работа выполнена непосредственно молодым специалистом (или группой молодых специалистов);
- в работе указаны автор(ы), город, учреждение, должность, контактный телефон и электронная почта (см. поля формы Подачи тезисов);
- тезисы должны быть написаны на русском языке в классическом академическом стиле, с подзаголовками: Актуальность, Цель и задачи, Материалы и методы, Результаты и обсуждение, Выводы;
- объем работы: до 8000 знаков с пробелами, использование иллюстраций и таблиц в тезисах не допускается, список литературы не требуется, в работе указываются непатентованные названия медицинских препаратов, название учреждения (без дополнительных ФБГУ, ГБОУ или ГКУЗ) пишется полностью (например, Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова).

Для электронных постеров: должен быть загружен файл презентации PowerPoint в формате «ppt» или «pptx» размером до 3 Мб, содержащий не более 5 слайдов. При подаче заявки с электронным постером в поле Формы "Текст тезисов" вставьте короткую аннотацию (до 500 символов) Вашего е-постера.

Среди слайдов е-постера должен быть: 1) титульный слайд с названием доклада и информацией об авторах, месте их работы, контактах, 2) актуальность и цели исследования, 3) материалы и методы, 4) результаты, 5) выводы. Формат е-постеров подразумевает максимальное использование графиков, диаграмм, таблиц, изображений и пр. Размер текста

на слайдах не должен быть меньше 16 (лучше 18 и более). Постарайтесь избежать того, чтобы на слайдах содержались большие объемы текста, е-постер должен быть наглядным – текстовый вариант тезисов Вашего доклада лучше подать отдельной заявкой в виде традиционных текстовых тезисов, а в постере отразить лишь наиболее важные пункты в структурированном виде.

Обращаем Ваше внимание, что, если авторов несколько, победителем считается только первый указанный автор. Победителями будут признаны авторы первых по рейтингу, составленному независимым жюри, 25 текстовых тезиса и 5 электронных постеров. Один автор может подать и текстовые тезисы, и е-постер, но на сайте заполнить формы для них нужно по-отдельности (отдельно для текстовых тезисов, отдельно для постера). Все е-постеры будут опубликованы на сайте.

После публикации списка победителей на официальной странице Школы сайта РОП, все победители должны выслать собственноручно подписанное подтверждение своего участия в Школе (сканированная версия) не позднее 8 апреля 2015 г. на почту – suzdal@psychiatr.ru

Работа Школы молодых ученых будет проходить в Турцентре Суздаля по адресу: ул. Коровники, д. 45 (условия размещения можно посмотреть на официальном сайте Турцентра).

По вопросам бронирования мест в гостинице обращаться к официальному провайдеру Школы молодых ученых – Агентству медицинских коммуникаций «Da Signa»:

тел: (495) 661-55-99,
факс: (495) 661-91-85
Анне Морозовой:
anna.morozova@da-signa.ru
или Оксане Можяевой:
Oksana.Mozhaeva@da-signa.ru ■

Талал ибн Абдалла (1909–1972)

Меньше года длилось правление короля Иордании Талала ибн Абдаллы, который отрёкся от престола из-за своей тяжелой болезни. У Талала было блестящее образование: диплом Британской военной академии, однако после убийства отца и покушения на сына у него участились приступы шизофрении – психического расстройства с фундаментальными нарушениями мышления и восприятия, а также

неадекватным аффектом, проявляющимся в галлюцинациях, параноидном бреде и дезорганизованности речи.

Разумеется, в таком состоянии Абдалла не мог управлять страной, в связи с чем правительство лишило его королевских полномочий, а регентом и правопреемником стал его сын Хусейн. После смерти в 1972 г. тело Талала ибн Абдаллы было погребено в мавзолее дворца Рагадан в Аммане. ■



Мечеть Аль Акса – место, где был убит король Иордании Абдалла-ибн-Хусейн, отец Талала.



«Ах, война, что ты сделала, подлая...»

«Донецкий синдром» (по материалам украинских СМИ)

Министерство обороны Украины прогнозирует появление у участников антитеррористической операции «донецкого синдрома». Об этом сказал начальник Социально-психологического центра Вооруженных сил Сергей Грылюк на пресс-конференции, сообщает «Украинские новости». «Я не могу сказать, что у нас будет «афганский синдром», но у нас, скорее всего, будет «донецкий синдром»... я имею в виду опыт ведения гибридной войны в обществе... еще одна проблема, что пришлось перестраивать сознание большинства военнослужащих», – считает он. Грылюк уточнил, что имеет в виду психологический надлом, который есть у большинства участников АТО, осознавших реальность ведения войны с Россией. В Минобороны уверены, что агрессивное восприятие России как врага сохранится в украинском обществе еще на несколько поколений. Также у участников АТО возможно снижение уровня стрессоустойчивости. Грылюк отметил, что сейчас более стабильное психологическое состояние после АТО наблюдается у кадровых военных, чем у мобилизованных или добровольцев. К негативным психологическим последствиям приводит высокая интенсивность обстрелов и боевых столкновений с противником, а также длительность нахождения в зоне боевых действий без ротации.

Начальник Социально-психологического центра армии отметил, что в таком напряженном психологическом состоянии человек может находиться 35–45 суток, а многие военные находились в зоне АТО около 2 месяцев. Грылюк сообщил, что Минобороны

Украины создало психологическую службу в Вооруженных силах для пресечения роста психогенных потерь среди участников АТО. «На данный момент приняты соответствующие решения начальником Генерального штаба о создании психологической службы в Вооруженных силах», – сообщил он. Эта служба будет укомплектована специалистами Минобороны и гражданскими волонтерами. На данный момент в зоне боевых действий уже работает 2 группы психологической помощи, планируется создать еще не менее 24 таких групп.

Начальник Научно-исследовательского центра гуманитарных проблем ВСУ Назим Агаев сообщил, что если в мире норма подверженных психогенным травмам бойцов – 25%, то среди участников АТО психогенные потери составляют 80%. «При этом до 30–40% – это могут быть бесповоротные психогенные потери, то есть психологические травмы переходят в психиатрические» – сказал Агаев.

Также по его словам, у участников АТО фиксируют случаи неадекватного поведения, попытки суицида, проблемы в семейной жизни. Он отметил, что Минобороны разработало памятку для участников АТО с практическими советами, как снять психологическую нагрузку и восстановить душевное равновесие.

За время силовой операции на Востоке Украины лечение у психиатров прошли около 1,5 тыс. украинских военнослужащих, из них 40% не могут вернуться на службу, заявил главный врач клиники психиатрии главного военного госпиталя при Минобороны Украины Олег Друзь. Те, кто по

мнению врачей, нуждается в продолжении лечения, остаются на амбулаторном лечении. «Потом они возвращаются к нам на повторное обследование, и потом мы окончательно принимаем решение», – рассказал Друзь, которого цитирует УНИАН. Он также отметил, что посттравматический синдром, которым страдают участники боевых действий, поддается лечению, но у разных людей это может занять разное количество времени. «Есть случаи, когда он длился 30 лет», – отметил он.

Ранее директор военно-медицинского департамента министерства обороны Украины Виталий Андронатий заявил, что около 80% украинских военных, принимавших участие в силовой операции в Донбассе, имеют проблемы психологического характера.

«Около 80% всех бойцов, которые вышли из зоны АТО в кратковременные отпуска, на переформирование, имеют определенные признаки психологической дезадаптации. Это последствия боевого стресса, последствия боевого утомления», – отметил Андронатий, которого цитирует «Обозреватель». По его информации, по инициативе Минобороны в экстренном порядке было сформировано два реабилитационных отделения: одно на базе Львовского военно-медицинского клинического центра, которое специализируется на спинальных больных, а второе реабилитационное отделение, а точнее, клиника – в Ирпенском военно-медицинском клиническом центре, которая предназначена для общесоматических раненых. ■



Не зная броду...



А.А.Смирнова у В.В.Познера.

У нас обыватель не просвещен.

А.Смирнова

17 ноября 2014 г. в передаче «Познер» на Первом канале известный журналист встретился в Авдотьей Смирновой («сценаристом, режиссером, журналистом и телеведущей»). Не буду затрагивать содержание передачи в деталях – это не входит в задачи настоящей реплики. Скажу лишь, что ведущим и А.А.Смирновой был продемонстрирован широкий круг интересов «сценариста и режиссера»: от истории отечественного телевидения до проблемы компромиссов в искусстве, от вопросов личной жизни с А.Чубайсом, до взгляда на всех русских мужчин («слабы, истеричны, безответственны, эгоистичны»), от проблем ностальгии по СССР до вопросов истории просвещения, от «Слова о полку Игореве» до работы фонда по борьбе с аутизмом, который возглавляет сама приглашенная гостья.

Видимо, в связи с этим, Авдотья Андреевна позволяет себе также беспощадно судить об отечественных психиатрах, как и о российских мужчинах. Интересно, что по ходу передачи А.А.Смирнова вынуждена была свои суждения иллюстрировать какими-то примерами, фактами, демонстрировала свою эрудицию. И хотя интервьюируемая при этом, в основном, ссылалась на третьих лиц, сами факты зачастую вызвали сомнения, а примеры нуждались в проверке. Так, первый университет в Европе был основан не в Болонье (1088 г.), а в Салерно в IX в., Ярославна не была половчанкой (максимум, возможно, на 1/4 – это, правда, из другого интервью, здесь А.А.Смирнова нам рассказывала о 6 иностранных языках у ее брата – Владимира Галицкого) и т.д. Но суть не в этом, а в том, что Дуня, загибая пальцы, поведала стране на Первом канале о нас, отечественных психиатрах, и, как обычно, «со знанием дела» (о психиатрах ведь она знает не понаслышке, и аутизм от синдрома Дауна запросто отличает).

Вот и посчитала А.А.Смирнова, что может с ответственностью заявить о том, что:

- «Наша психиатрия выпала из мирового контекста... врачебного:
1. Наши психиатры не читают на иностранных языках;
 2. Не печатаются в иностранных журналах и не выписывают их;
 3. Они не знают просто, как далеко шагнула сейчас наука, в том числе наука о мозге.»

Да, это – правда, – отреагировал В.В.Познер. Правда?

Да нет, это госпожа Смирнова отстала с ее оценкой на добрый десяток лет.

Все это произошло, по ее мнению, уже в постсоветское время, когда нашу психиатрию «уличили в злоупотреблениях». И невдомек Дуне Смирновой, что за последние годы выросло новое поколение специалистов, свободно говорящее на иностранных языках, активно участвующее в международных конгрессах и конференциях, различных семинарах и школах (под эгидами WPA, EAP, ECNP, других организаций), в заочных аспирантурах по психофармакологии профессора С.Стала (США) – более 70 человек только за последние 2 года. Читающее и пишущее на этих языках. На 3-х дневном семинаре по психофармакологии в Суздале (2013), проходившем на английском языке и организованном Европейской коллегией нейропсихофармакологов (ECNP) приняло участие около 50 молодых специалистов, причем все они выступили перед зарубежными экспертами с сообщениями. Наша молодежь регулярно участвует в обучающих мероприятиях за рубежом, география их широка, только за последние 2–3 года: школы ECNP в Венеции, Оксфорде, Ницце, школы EAP в Страсбурге и Сорренто, семинары в Сан-Пауло (Бразилия), Качи (Индия), летняя школа в Берлине – и везде бы-



Панк-квартет «Тупые»: А.Ипполитов, Авдотья Смирнова, А.Тимофеевский и С.Конеген. Фото И. Мухина/agency.photographer.ru

ли представлены отечественные специалисты.

Вот уже несколько лет, как силами 20–30 молодых российских психиатров, полностью переводится на русский язык, печатается и распространяется бесплатно (с прямым доступом на сайтах Российского общества психиатров и WPA – Всемирной психиатрической ассоциации) журнал World Psychiatry («Всемирная психиатрия») – четвертый по популярности в мире (из 126 психиатрических изданий и с импакт-фактором около 13!). Это официальный журнал WPA, где собраны самые последние сведения о нашей науке, о современной психиатрии. Зайдите на сайт www.psychiatr.ru. Уже одно это опровергает все три посыла Авдотьи Смирновой. Только около 100 российских членов Европейской психиатрической ассоциации и Европейской коллегии нейропсихофармакологов получают регулярно журналы этих обществ и пользуются ими. Такие имена как А.Б.Смулевич и С.Н.Мосолов, Е.М.Крупницкий и В.Д.Менделевич, В.Г.Каледо и Л.И.Абрамова, А.Н.Павличенко и Д.А.Смирнова и многие другие регулярно появляются на страницах западной психиатриче-



В.В.Познер

ской прессы и имеют неплохой индекс Хирша. На любом крупном психиатрическом Конгрессе последних лет вы найдете, симпозиум целиком состоящий из российских докладчиков (например, симпозиум академика А.Б.Смулевича по психосоматике на Конгрессе Евро-

Продолжение на стр. 32

Всемирная Психиатрия

Оглавление

Оглавление	Письмо ЯВОС: комментарий без вступлений	46
Остаются ли вопросы по отношению к проекту ЯВОС?	Юрий Ризин	47
Своеобразие в формировании картины расстройств личности: клинические наблюдения и теоретические аспекты	Александр Навин	48
Восстановление психического здоровья в организации: роль психиатрических служб	Александр Навин	49
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	50
Психиатрия и право	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	51
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	52
Психиатрия и право	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	53
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	54
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	55
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	56
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	57
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	58
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	59
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	60
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	61
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	62
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	63
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	64
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	65
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	66
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	67
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	68
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	69
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	70
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	71
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	72
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	73
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	74
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	75
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	76
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	77
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	78
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	79
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	80
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	81
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	82
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	83
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	84
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	85
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	86
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	87
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	88
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	89
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	90
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	91
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	92
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	93
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	94
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	95
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	96
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	97
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	98
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	99
Судебная психиатрия: роль психиатра в суде	Р.С. Аюпов, А.А. Козлов	100

Neuroscience Education Institute

The NEI Master Psychopharmacology Program components include:

- 10 self-assessment exams
- 24 fellowship activities (articles, snippets, animations, or cases)
- Final exam

You have twelve months from enrollment to complete all program components, including the final exam. Once you pass the final exam, you will be an NEI Master Psychopharmacologist!

You'll receive a certificate and will be recognized at our annual NEI Congress.

Become an NEI Member today to take advantage of this program at no additional cost!

Visit us at www.neiglobal.com to join.

Начало на стр. 31

пейской психиатрической ассоциации (ЕРА) в Ницце в 2013 г., симпозиумы, организованные профессором В.Н.Красновым на Конгрессах Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) в Буэнос-Айресе (2011) и Мадриде (2014), на Конгрессе психиатрических ассоциаций скандинавских стран в Тромсо (2012), на Конгрессе Германского общества психиатров и психотерапевтов в Берлине (2014) и целый ряд других, а отдельные сообщения отечественных психиатров обильно разбросаны по научной программе данных форумов. И это, не считая многочисленных постеров. И везде наши психиатры выступают без переводчиков. Отечественные специалисты последние годы регулярно избирались тайным голосованием в Правление ВПА, самой крупной медицинской

организации мира (200 000 членов) – В.Н.Краснов и П.В.Морозов, причем оба по-максимуму – на два полных срока. П.В.Морозов был избран и в первый Исполком Европейской коллегии нейропсихиофармакологов (ЕСНР), кстати, тоже тайным голосованием. Многие наши коллеги работали экспертами ВОЗ, комиссии Совета Европы по проблемам психического здоровья.

Профессор Н.Г.Незванов, председатель Российского общества психиатров является президентом Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP), чей последний Конгресс в Санкт-Петербурге (2014) собрал 1200 участников (кстати, ранее ассоциацию возглавлял М.М.Кабанов). Профессор В.Н.Краснов создал и возглавил в качестве сопредседателя Психиатрическую ассоциацию Восточ-

ной Европы и балканских стран (Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans (PAEEB), ее конгрессы проводятся регулярно, в Москве такой форум состоялся в 2010 г., в Белграде – в 2012 г.

Только за последние 3 года профессор П.В.Морозов принял активное участие в двух десятках международных конгрессов и выступил с 22 докладами на трех языках. В 2014 г. он был удостоен престижной медали Крепелина-Альцгеймера мюнхенского Университета «за выдающиеся научные достижения, лечение больных и развитие научных связей».

Конечно, не все так гладко на этом пути – сама психиатрия находится в кризисе и, в целом, отстает от других медицинских наук, но эта тенденция глобальна и мы часть этого процесса. У нашей психиатрии много проблем, и мы

о них знаем и стараемся преодолеть. Что же касается интеграции в мировую науку, то прогресс в этой области не замечать просто нельзя, а утверждать обратное с легкостью неимоверной, да еще на всю страну – просто нечестно.

Да и поддакивать этому, не зная сути вопроса, нехорошо, не солидно. Ведь передача сия весьма почитаема, смотрят ее с интересом.

Откуда же такое отношение к нашей психиатрии? Откуда такая воинствующая некомпетентность? Опытные психиатры ищут в таких случаях ответ в возрасте юной Гебы... Авдотья – человек талантливый, но так и недоучилась – ни на филфаке МГУ, ни в ГИТИСе...

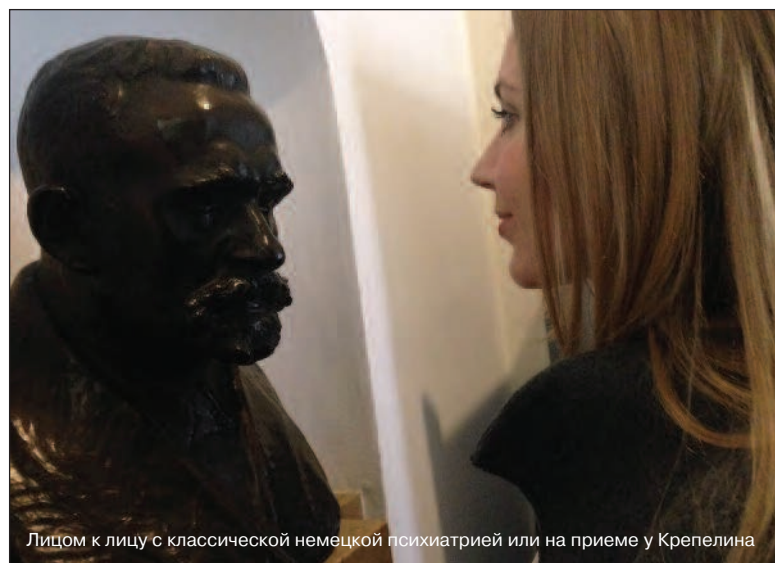
«У меня большие лакуны в образовании» – призналась она В.В.Познеру.

Заполнять их следует с умом. И осторожно. ■

Похождения профессора Совкова



Фото в номер



В последнюю минуту

Перестарались...

И.А.Мартынихин

За прошедший год импакт-фактор журнала «Суицидология» совершил «прорыв» – вырос в 2,3 раза. Этот журнал стал №4 по импакт-фактору среди всех (!) российских журналов и №1 среди всех российских медицинских журналов. Количество цитат этого журнала возросло в 14 раз – с 37 в 2012 г. до 513 – в 2013 г. При этом в настоящий момент РИНЦ выдает список из 101 работы, которая цитировала выпуски журнала «Суицидология» (т.е. по 5 ссылок из каждой статьи!?), значимая часть которых принадлежит публикациям в «Тюменском медицинском журнале», «Академическом журнале Запад-

ной Сибири» и прочих журналах из этого региона. К примеру, в 2-страничной статье в «Тюменском медицинском журнале» главный редактор журнала «Суицидология» профессор П.Б. Зотов цитирует собственное издание аж 14 раз! Таким образом, стремительный рост импакт-фактора этого журнала вряд ли можно объяснить только лишь законом малых чисел, т.е. случайным статистическим выбросом, связанным с небольшим количеством статей, имеющихся в базе РИНЦ.

При этом необходимо отметить, что даже без учета журнала «Суицидология», импакт-факторы отечественных психиатрических журналов выросли за прошедший год в среднем на 60%. ■

