

*Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, гл. психиатр України
ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (г. Харків)*

ІНФОРМАЦІЯ О 21 ЕВРОПЕЙСКОМ КОНГРЕССЕ ПСИХИАТРОВ

6—9 апреля 2013 года в г. Ницце (Франция) состоялся 21-й Европейский Конгресс психиатров, приуроченный к 30-летней годовщине ЕПА (Европейская ассоциация психиатров).

В работе Конгресса приняли участие 3 500 участников.

Научная программа Конгресса включала широкий спектр симпозиумов, пленарных лекций, дебатов «за» и «против», сессий молодых специалистов, постерных и спонсируемых сессий, которые содержали всеобъемлющие и информативные представления о последних идеях в области психиатрии и связанных с нею областях.

Естественно, в одном сообщении невозможно изложить всю информацию, представленную на Конгрессе. Мы предлагаем читателю лишь отдельные фрагменты, которые посвящены проблемам, на наш взгляд, наиболее актуальным для отечественной психиатрии.

Президент ЕПА проф. D. Wasserman (Швеция) на торжественном открытии Конгресса сказал: «Хотя мы и должны гордиться прогрессом, который был достигнут в психиатрическом лечении до сих пор, впереди у нас еще долгий путь и мы должны стремиться к постоянным инновациям и развитию. Сотрудничество будет иметь ключевое значение, если мы собираемся сломать барьеры и улучшить психическое здоровье населения. С помощью обмена идеями и практиками по всей Европе, и благодаря этому вкладу мы можем направить свои усилия на то, чтобы уменьшить бремя психических расстройств».

Большое внимание на Конгрессе было уделено проблемам превенции психических расстройств. Излагая рекомендации ЕПА в этой сфере, проф. J. Sampson (Великобритания) отметил, что показатель DALY для онкологических заболеваний составляет 15,9, для кардиоваскулярных — 16,2, для психических — 22,8. При этом 50% психических расстройств начинаются в возрасте 14 лет.

Проф. J. Sampson отметил, что в генезе формирования психических расстройств у детей важную роль играют факторы беременности, родителей и семьи, социально-экономические. У подростков на первый план выходят социально-экономические, семейные, стрессовые, факторы зависимости.

К группам высокого риска, по мнению автора, относятся заключенные, геи (лесбиянки), неработающие и лица, имеющие физические расстройства.

В качестве основных направлений превенции психических расстройств докладчик выделил: определение факторов риска, групп высокого риска, раннее выявление психических расстройств и их лечение на основе данных доказательной медицины. Также было отмечено, что 11,1% бюджета здравоохранения Великобритании направляется службам психического здоровья, которые и реализуют превенцию первичного, вторичного и третичного уровня.

Проф. C. Samele (Великобритания) огласил данные о том, что распространенность психических расстройств в Европе составляет 38,2%, а затраты на их лечение — 798 миллиардов евро.

Основными целями, изложенными в европейском соглашении по психическому здоровью и благополучию (2008 г.), являются:

- промоция психического здоровья и превенция психических расстройств;
- борьба со стигмой;
- эффективная помощь в сообществе.

Профилактика психического здоровья приносит потенциальную экономическую и социальную прибыль.

В докладе сказано, что основной успешной промоции психического здоровья являются: наличие законодательной базы, политика и план действий в сфере психического здоровья, а также координация всех секторов и служб, имеющих отношение к психическому здоровью.

Важное значение имеют экономические факторы, которые существенно отличаются в странах ЕС. На профилактику и лечение психических расстройств на 1 год в Литве выделяется 7 €, в Нидерландах — 160 €.

На проблемы психического здоровья выделяется более 12% бюджета здравоохранения во Франции, Великобритании и Люксембурге.

Проблеме улучшения исходов шизофрении посвятила свою лекцию проф. S. Galderisi (Италия), отметившая, что в последнее десятилетие произошли некоторые изменения в отношении представлений об исходах шизофрении. Пессимистические представления о том, что шизофрения является прогрессирующим заболеванием с неблагоприятным исходом, уступают место более оптимистическим оценкам, ориентированным на восстановление социального функционирования. Факторы, влияющие на функционирование пациентов, являются разнородной группой, в которую входят:

- факторы, связанные с болезнью;
- индивидуальные ресурсы;
- факторы социального окружения.

К факторам болезни относятся негативные и когнитивные нарушения, а также зависимости от психоактивных веществ. По мнению проф. S. Galderisi, позитивные симптомы лечатся эффективно, а соответствующих методов воздействия на стойкие негативные и когнитивные расстройства существует совсем немного. В этом отношении в качестве перспективных стратегий следует рассматривать противовоспалительные агенты (омега-3 жирные кислоты, ингибиторы ЦОГ-2), антиоксиданты (глутатион), которые улучшают негативные симптомы. В качестве нефармакологических вмешательств следует рассматривать тренинги когнитивных функций и социальных навыков, а также транскраниальную магнитную стимуляцию.

К индивидуальным ресурсам автор относит копинги, стиль выздоровления, гибкость и физическое здоровье. Наиболее частыми проявлениями соматического неблагополучия являются гипертоническая болезнь, ожирение, респираторные, кардиальные и желудочно-кишечные расстройства. Укрепление индивидуальных ресурсов и уменьшение уровня соматических расстройств ведет к восстановлению социального функционирования.

Комплекс факторов социального окружения включает социальные сети, экономический статус семьи, стигму, социальную поддержку и занятость. Ведущими стратегиями в данном направлении являются антистигматизационные и психообразовательные мероприятия.

Обобщая представленные данные, проф. S. Galderisi сказала, что функциональное выздоровление является оптимистической перспективой исходов шизофрении.

Большой интерес вызвал доклад проф. D. Wasserman (Швеция), посвященный программе EPA по превенции суицидов.

Начиная с обсуждения связи между самоубийством и лежащими в его основе психическими расстройствами, проф. D. Wasserman отметила аффективные расстройства, шизофрению, злоупотребление психоактивными веществами и расстройства личности как некоторые из основных заболеваний, которые связаны с повышенным риском самоубийства. Несмотря на тот факт, что большинство пациентов могли бы контактировать с врачами общей практики до совершения попытки самоубийства, суицидальные пациенты получают недостаточное лечение.

Проф. D. Wasserman подчеркнула, что существует несколько характерных черт у пациентов, которые нужно изучать с целью определения суицидального риска. К ним относятся предыдущие случаи суицидального поведения (включая семейный анамнез), выражение намерения совершения суицида, психиатрические и хронические соматические расстройства, импульсивные, нарциссические или агрессивные черты и нарушение стратегии выживания (преодоления трудностей).

Докладчик добавила, что генетические исследования могут оказаться в будущем полезными диагностическими инструментами, но в настоящее время они нуждаются в дальнейшем изучении. Руководящий документ EPA сам определяет ряд подходов и стратегий, которые важны для лечения и профилактики суицида.

Рекомендуется лечение антидепрессантами для уменьшения риска самоубийства среди взрослых пациентов с депрессией, если используется тщательный мониторинг для наблюдения за опасным периодом в первые 10—14 дней лечения (можно также присоединить транквилизаторы и снотворные, если присутствуют тревога и бессонница). Использование антидепрессантов у детей и подростков должно осуществляться только под наблюдением специалиста.

Другие рекомендации включают антипсихотические препараты, такие как клозапин (эффективен в снижении суицидального поведения у больных шизофренией) и литий, который показал свою эффективность в предотвращении как самоубийств, так и попыток самоубийства у больных с униполярной и биполярной депрессией.

Однако, проф. D. Wasserman подчеркнула, что фармакологические аспекты предотвращения самоубийств являются только частью стратегии, и существует несколько других факторов, имеющих важное значение в лечении больных. Во-первых, включение постоянной многопрофильной бригады специалистов (например, психологов, социальных работников и специалистов по трудотерапии), которые в свою

очередь предложат биологические, психологические и социальные подходы в лечении этих больных. Многопрофильная команда может принять надлежащее решение как по оценке семейных условий, социальной поддержке и возможностям реабилитации совершивших суицид после выписки из больницы.

Действительно, предоставление знаний врачами-психиатрами для врачей общей практики и других медицинских работников является эффективным методом для снижения риска суицида. Когда это реализуется, то происходит улучшение общего качества ухода за пациентами, уменьшение депрессии, тревоги, а также прививается лучшая модель решения соответствующих правовых, этических вопросов.

Ясно одно, существует огромный потенциал для существенного улучшения профилактики и лечения суицида с помощью предоставления непрерывного образования медицинским работникам, а также критической оценки и поэтапного совершенствования работы уже имеющегося в наличии медицинского и другого персонала.

На конгрессе были представлены основные направления, по которым ведется работа по подготовке МКБ-11 и DSM-V. Проф. M. Maj (Италия) отметил, что в DSM-V дифференциальная диагностика депрессии и «нормальной» печали будет перенесена в раздел, посвященный критериям депрессивного расстройства. При этом ведутся дискуссии в отношении «тяжелой утраты», которая, вероятно, будет выведена из данного раздела. Необходимость разграничения между горем и депрессией сохраняет свою актуальность, предотвращает опасность гипердиагностики депрессии и упорная работа в этом направлении продолжается.

По словам проф. M. Maj, определенные изменения коснулись диагностики смешанных состояний в рамках биполярного расстройства. Эти изменения определены введением спецификатора «со смешанными чертами» в категорию как маниакальных, так и депрессивных эпизодов. В МКБ-11 диагностическая сущность смешанного эпизода сохранится и будет достаточно гибкой, чтобы охватить как устойчивые, так и неустойчивые смешанные состояния, и оба случая, в которых присутствуют два полюса настроения на синдромальном уровне, а те случаи, в которых присутствует одна из полярностей, хотя и заметная, остаются на субсиндромальном уровне.

В докладе проф. A. Maercher (Швейцария) отмечено, что категория посттравматических стрессовых расстройств является разрозненной и разнесена по всей МКБ-10, находится в рубриках F43.0, F62.0, F94.0, Z63.4, поэтому эти критерии подвергаются упорядочению и систематизации. При этом критерии ПТСР будут включать как характеристики травмы, так и клинические паттерны.

В целом, информация по новым версиям классификаций DSM-V и МКБ-11, представленная на конгрессе, свидетельствует о том, что в их основу будет положено сочетание дименсионального и категориального подходов.

Завершая изложение, необходимо отметить, что Конгресс был прекрасно организован, насыщен новой информацией и представлял интерес для всех профессионалов, работающих в сфере психического здоровья.