

Медведев В.Э.

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, Москва, Россия  
117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

## Межвузовская научно-практическая конференция «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы»

Представлена информация о состоявшейся 26 марта 2015 г. в Москве межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы», которая явилась продолжением серии мероприятий, организуемых кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета повышения квалификации Российского университета дружбы народов.

Конференция была ориентирована на широкий круг специалистов (психиатры, наркологи, психотерапевты, кардиологи, гастроэнтерологи, терапевты, семейные врачи, пластические хирурги, косметологи и др.), ее участниками стали более 180 практикующих врачей и научных работников. Программа включала обсуждение многообразных аспектов взаимосвязи психической и соматической патологии в различных областях медицины.

**Ключевые слова:** межвузовская научно-практическая конференция «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы»; психическая и соматическая патология.

**Контакты:** Владимир Эрнстович Медведев; [melkorcard@mail.ru](mailto:melkorcard@mail.ru)

**Для ссылки:** Медведев В.Э. Межвузовская научно-практическая конференция «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы». *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2015;7(2):101–107.

### *Interuniversity Scientific and Practical Conference on Psychosomatic Medicine in Russia: Advances and Prospects Medvedev V.E.*

*Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatic Pathology, Faculty of Advanced Training of Medical Workers, Peoples' Friendship University of Russia, Ministry of Education of Russia, Moscow, Russia  
6, Miklukho-Maklai St., Moscow 117198*

*The paper gives information on the Interuniversity Scientific and Practical Conference on Psychosomatic Medicine in Russia: Advances and prospects, held in Moscow on March 26, 2015, which was a continuation of a series of the similar measures arranged by the Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatic Pathology, Faculty of Advanced Training Peoples' Friendship University of Russia.*

*The conference was focused on a wide range of specialists (psychiatrists, narcologists, psychotherapists, cardiologists, gastroenterologists, therapists, family doctors, plastic surgeons, cosmetologists, etc.), its participants were more than 180 practitioners, and researchers. The program included the discussion of diverse aspects of a relationship between mental and somatic diseases in different fields of medicine.*

**Key words:** *Interuniversity Scientific and Practical Conference on Psychosomatic Medicine in Russia: Advances and Prospects; mental and somatic diseases.*

**Contact:** *Vladimir Ernstovich Medvedev; [melkorcard@mail.ru](mailto:melkorcard@mail.ru)*

**For reference:** *Medvedev VE. Interuniversity Scientific and Practical Conference on Psychosomatic Medicine in Russia: Advances and Prospects. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2015;7(2):101–107.*

26 марта 2015 г. в Москве состоялась межвузовская научно-практическая конференция «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы», ставшая продолжением серии мероприятий, организуемых кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета повышения квалификации Российского университета дружбы народов (РУДН).

Конференция, ориентированная на широкий круг специалистов (психиатры, наркологи, психотерапевты, кардиологи, гастроэнтерологи, терапевты, семейные врачи,

пластические хирурги, косметологи и др.), привлекла внимание более 180 практикующих врачей и научных работников. Программа включала обсуждение многообразных аспектов взаимосвязи психической и соматической патологии в различных областях медицины.

На открытии конференции выступили заведующие кафедрами психиатрии московских вузов *доцент Н.Л. Зуйкова, д.м.н. А.А. Шмилович и профессор, д.м.н. И.В. Белокрылов*, отметившие актуальность и практическое значение исследования психосоматических корреляций при широком круге заболеваний.

О взаимосвязи тревожных, депрессивных и соматических расстройств рассказала *к.м.н. В.И. Фролова* (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН). Автор отметила высокую распространенность пограничных психических расстройств в общей медицинской практике (до 64,1%) и потребность в назначении психотропных средств стационарным больным общего профиля (в среднем 37%), о чем свидетельствуют данные современных отечественных и зарубежных исследований. При этом потребность в назначении психотропных средств может достигать 83,3% при хроническом гастрите, 59% при тяжелых заболеваниях легких, 43% при заболеваниях мочевыводящих путей, 39% при артериальной гипертензии (АГ), 38% при пластических операциях и косметических процедурах.

По мнению исследователей, психопатологические расстройства и многие соматические заболевания имеют общие звенья патогенеза. В частности, изменение выработки серотонина приводит не только к развитию симптомов депрессии, но и к нарушению функции эндотелия сосудов, гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы регистрируется при депрессии, тревожных расстройствах и сахарном диабете (СД). При тревожных расстройствах выявлены стимуляция транскрипции провоспалительных генов, увеличение антител к ДНК, воспалительных цитокинов в плазме крови, повышение чувствительности глутаматных рецепторов, что способствует развитию иммуновоспалительных заболеваний (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Шёгрена, болезнь Бехчета).

Кроме того, из-за общности ряда клинических проявлений тревоги, депрессии и соматического заболевания больные поздно попадают в поле зрения психиатра, наблюдается гипердиагностика другими специалистами функциональных расстройств (вегетососудистой дистонии, синдромов гипервентиляции, раздраженного кишечника, мочевого пузыря, хронической ишемии головного мозга, боли), что затрудняет терапию.

Автор привела основные симптомы указанных состояний, знание которых облегчит первичную диагностику тревожных и депрессивных расстройств в общей медицинской практике. Подчеркнута необходимость программ дополнительного образования в области психиатрии и психосоматики для врачей разных специальностей. Примером могут служить краткосрочные семинары и тематические циклы, разработанные на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН, причем они включают не только базисное соматотропное лечение, но и психотерапию, «Школы пациентов», психофармакотерапию. Отмечено, что эффективными и хорошо переносимыми препаратами являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

Взгляд терапевта на распространенность, значение и требования к психотропным препаратам, применяемым в общей медицинской практике, представила *д.м.н. Г.Б. Селиванова* (кафедра общей терапии Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова — РНИМУ). По мнению автора, терапевту необходимо помнить о высокой вероятности развития тревожных (вплоть до панических) расстройств при патологии ЦНС и других систем и органов вследствие фармакотерапии, при изменении личности вследствие хронического заболевания, реакции личности на болезнь, осложнения болезни или предстоящих диагностических либо лечебных процедур.

Автор указала на двоякую роль тревоги: с одной стороны, тревожные расстройства развиваются на фоне широкого спектра соматической патологии (гипер- и гипотиреоз, гипогликемия, СД, феохромоцитома, хронические obstructивные заболевания легких, бронхиальная астма, легочная эмболия, сердечные аритмии, пролапс митрального клапана, опухоли ЦНС, острые нарушения мозгового кровообращения, травматические повреждения головного мозга и др.), с другой — тревога становится одним из важнейших факторов манифестации и повторных обострений

телесных недугов (АГ, стенокардия, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и т. д.). Патологическая тревога может явиться побочным эффектом приема бронходилататоров, психостимуляторов, глюкокортикоидов или развиваться в рамках синдрома отмены.

*Д.м.н. Г.Б. Селиванова* подчеркнула определяющее значение хорошей переносимости психофармакотерапии, назначаемой на фоне приема соматотропных препаратов, напомнив об основных возможных

нежелательных эффектах бензодиазепиновых транквилизаторов (седативное и миорелаксирующее действие, сонливость, головокружение, снижение внимания и концентрации, нарушение координации, развитие психической и физической зависимости) и некоторых антидепрессантов (удлинение интервала QT, нарушение свертываемости крови, дислипидемия, тахикардия).

Сообщение *профессора, д.м.н. Д.Ю. Вельтищева* (кафедра психиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова) было посвящено тревоге и генерализованному тревожному расстройству (ГТР) при соматической патологии. Отмечены высокая распространенность (7,9–22,6%), трудности диагностики и терапии ГТР. Автор указал, что ГТР — самое частое тревожное расстройство в общей медицинской практике. Однако у 52% больных с соматической патологией оно не диагностируется в связи с тем, что на протяжении 20 лет меняются критерии диагноза и ГТР интерпретируется врачами как акцентуация или расстройство личности, вариант депрессии, смешанное тревожно-депрессивное расстройство или дистимия, а также в связи с преобладанием у



*Члены президиума конференции д.м.н. И.В. Белокрылов и А.А. Шмилович*

47,8% пациентов жалоб соматического характера. Факторами риска развития и негативного прогноза ГТР считаются хронический стресс, одиночество, низкий уровень жизни, наличие хронического заболевания, женский пол (частота ГТР у женщин в 2 раза выше).

ГТР характеризуется ранним началом в возрасте до 20 лет (75% наблюдений, средний возраст дебюта — 15,6 года) и поздним обращением к врачу (чаще в 20–40 лет). В отсутствие адекватной терапии ГТР принимает хроническое или рекуррентное (до 50% случаев) течение, наблюдаются низкая вероятность выздоровления в течение первых 2 лет, усугубление тяжести заболевания, неполные и непродолжительные ремиссии, частое (50%) присоединение депрессии. После 50 лет симптомы ГТР в 83% случаев редуцируются.

Согласно международным рекомендациям, лечение ГТР должно продолжаться как минимум 6 мес после наступления ремиссии. При ГТР доказана целесообразность длительного приема прегабалина, эсциталопрама, пароксетина и дулоксетина. Однако неясно, какова длительность эффективной терапии в зависимости от частоты рецидивов, характера предыдущего лечения и коморбидности.

Доклад *к.м.н. Т.Ю. Линевой* и *к.м.н. А.Е. Брюхина* (кафедра психиатрии РУДН) касался психосоматических аспектов нарушений пищевого поведения — психических расстройств, сопряженных с тяжелыми, зачастую необратимыми

наследственной предрасположенностью важную роль в этиологии пищевых расстройств играет «приобретенная» предрасположенность, связанная с внутриутробным и ранним постнатальным экзогенно-органическим поражением головного мозга. Наличие психопатических черт заметно увеличивает риск возникновения пищевых расстройств. Одним из значимых факторов риска возникновения заболевания являются также интенсивные физические нагрузки: более 60% будущих больных анорексией до заболевания занимались различными соревновательными видами спорта.

Развитие в молодом возрасте, преимущественно у девушек, отказ от еды с целью похудения, выраженное истощение, аменорея, повышенная двигательная активность — основные признаки нервной анорексии. Депрессивные расстройства обнаруживаются у 60–96% больных с пищевыми расстройствами. При нервной анорексии зафиксирована максимальная смертность по сравнению с другими психическими нарушениями, при этом 2-е место среди причин смертности после соматических осложнений занимает суицид. В целом смертность при нервной анорексии достигает 40% (при длительности наблюдения более 10 лет). Наблюдение за больными в течение 4–20 лет после стационарного лечения свидетельствует, что о полном излечении можно говорить менее чем в 50% случаев. При этом даже большинст-



*Д.м.н. А.Н. Боголепова*



*К.м.н. В.И. Фролова*



*Д.м.н. Д.Ю. Вельтищев*

ми и даже летальными осложнениями. Отмечено, что продолжаются дискуссии о том, как квалифицировать анорексию и булимию — как самостоятельные заболевания, варианты единого психопатологического состояния или синдромы в рамках иной психической патологии. Так, катамнестические исследования свидетельствуют о наличии своевременно не диагностированной ранней детской шизофрении и других преморбидных расстройств аутистического спектра примерно у 25% больных нервной анорексией. Клинические наблюдения демонстрируют, что легкие формы заболевания, не отвечающие всем диагностическим критериям расстройств пищевого поведения, отмечаются примерно у 10% взрослых женщин, а у 5% молодых женщин имеется булимия. Соотношение мужчин и женщин с нервной анорексией колеблется от 1:9 до 1:20.

В генезе нервной анорексии и булимии тесно переплетены психогенные и биологические факторы. Наряду с

во «излечившихся» пациенток не могут полностью вернуться к нормальной жизни, поскольку так или иначе продолжают придерживаться прежнего стиля пищевого поведения, у них сохраняются депрессия, низкая самооценка, недовольство своей внешностью.

Выступление *к.м.н. В.Э. Медведева* (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН) было посвящено психосоматическим корреляциям у пациентов с патохарактерологическими расстройствами и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Автором проведено обследование выборки пациентов кардиологических стационаров с верифицированными диагнозами таких «психосоматических» заболеваний, как гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), фибрилляция предсердий (ФП) и патохарактерологические реакции и расстройства личности (РЛ). Установлено, что у пациентов с ГБ доминировали истероигипертимные и тревожно-

ананкастические черты, у пациентов с ИБС — сочетание истерогипертимных и ананкастических черт, у больных ФП — сочетание истерогипертимных и шизоидно-шизотипических черт. При этом независимо от личностного профиля для больных ССЗ характерна уязвимость соматопсихической сферы в форме конституционально обусловленной трансличностной патохарактерологической акцентуации на сфере соматопсихики (по типу невропатической, соматотонической конституции, проприоцептивного диатеза или сегментарной деперсонализации).

При анализе корреляций динамики РЛ и ССЗ выделены две группы больных: с синергическим и альтернирующим типами течения ССЗ. Синергический тип взаимодействия РЛ и ССЗ характеризуется проявлениями реактивной соматопсихической лабильности, психогенными провокациями манифестации и повторных обострений ССЗ, зависимостью стереотипов течения от динамики патохарактерологических расстройств. Синергический тип взаимодействия реализуется при доминировании РЛ истерического (34,6%), ананкастического (18,3%), тревожно-мнительного (14,1%) и гипертимного (11%) круга. Уязвимость соматопсихической сферы определяется проявлениями трансличностной патохарактерологической акцентуации на сфере соматопсихики преимущественно по типу невропатической конституции или проприоцептивного

компенсация и гиперкомпенсация. Отмечаются высокие показатели самопринятия и социального принятия.

Таким образом, по мнению автора, РЛ и соматопсихическая акцентуация выступают в качестве «модератора», определяющего динамику ССЗ при синергическом типе течения и «реакцию на болезнь» при обоих типах течения.

Эффективность купирующей психофармакотерапии психопатологических расстройств, развивающихся в рамках патологической динамики личности, у пациентов с обоими типами течения ССЗ сходна. По эффективности комбинированная терапия (с психотерапевтическим воздействием) превосходит только психофармакотерапию, особенно у больных с синергическим типом ССЗ. У пациентов с синергическим типом ССЗ регулярная психотерапия и адекватная (по эффективности и переносимости) психофармакотерапия в профилактических целях в течение 6 мес — 1,5 лет статистически достоверно приводят к уменьшению частоты обострений ССЗ и обращаемости к кардиологам по поводу не обусловленной объективной тяжестью ССЗ соматоформной симптоматики.

*Профессор, д.м.н. А.Н. Боголепова* (кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н.И. Пирогова) рассмотрела проблему аффективных расстройств при цереброваскулярной патологии (острая или хроническая сосудистая мозговая недостаточность). По данным профилактических осмотров населения, хроническая цереб-



*Д.м.н. Г.Б. Селиванова*



*Д.м.н. О.С. Зайцев*



*К.м.н. Н.Л. Зуйкова*

диатеза. Среди защитных механизмов преобладают реактивное образование и регрессия. Типичными чертами личности у таких пациентов являются эмоциональная неустойчивость, импульсивность и экстернальность, склонность к избеганию опасности.

При альтернирующем типе течения ССЗ динамика РЛ не влияет на манифестацию и повторные обострения заболеваний, их клинко-динамические характеристики — они определяются иными (наследственными и соматогенными) факторами. При этом доминируют патохарактерологические девиации гипертимического (37,1%), шизоидного (25,9%) и обсессивно-компульсивного (14,6%) типа. В качестве соматопсихической акцентуации в большинстве наблюдений представлены проявления соматотонической конституции или акцентуация по типу сегментарной деперсонализации. Среди психологических защит на протяжении жизни у больных преобладают отрицание, вытеснение,

ральная ишемия выявляется у 20–30% лиц трудоспособного возраста. При этом частота постинсультной депрессии в популяции составляет 25–79%, а сосудистой депрессии — 38–60%. В основе столь высокой коморбидности могут лежать нейротрофические изменения, выявляемые при депрессии и сосудистой мозговой недостаточности: снижение уровня экспрессии мозгового нейротрофического фактора BDNF, нарушение процессов нейрогенеза, метаболизма фосфолипидов, Р-субстанции и других нейрокининов, активности NMDA-рецепторов с усилением токсического влияния глутамата на нейроны, угнетение транспорта глюкозы.

К факторам риска развития депрессии при цереброваскулярной патологии относят дисфункцию лобных отделов и двустороннее поражение белого вещества, возраст старше 65 лет, наличие депрессивных эпизодов в анамнезе, выраженные сосудистые факторы риска (АГ, СД, каротидный стеноз, ФП и гиперлипидемия) и т. д.

По данным автора, частота депрессивных симптомов у пациентов с острой или хронической сосудистой мозговой недостаточностью различна: общие соматические симптомы обнаруживаются у всех больных, гипотимия — у 92%, инсомния, снижение работоспособности и активности, а также соматические симптомы тревоги и ипохондрические фобии — у 96%, генитальные симптомы — у 92%, психическая тревога — у 88%, желудочно-кишечные соматические симптомы — у 40%. Помимо этого, больные с сосудистой депрессией обычно имеют нейropsychологические нарушения с расстройством исполнительных функций, выраженную тенденцию к психомоторному торможению.

Наличие депрессии у таких больных сопряжено с рядом ухудшающих прогноз факторов: пациенты с депрессией в 3 раза чаще, чем пациенты без депрессии, нарушают предписанный режим терапии, что в свою очередь увеличивает продолжительность восстановительного периода и реабилитации, риск повторного инсульта и последующего летального исхода, обуславливает плохое восстановление когнитивного и неврологического дефицита, более значимые нарушения активности повседневной жизни, усугубление тяжести сопутствующих соматических заболеваний.

При выборе антидепрессантов в этих случаях необходимо учитывать данные анамнеза, а также ответ на лечение тем или иным препаратом у больного или его ближайших родственников, если был такой опыт в прошлом, отношение к препарату (не следует назначать препарат, к которому пациент относится отрицательно, даже если его мнение неправильное), а также информацию о переносимости препарата, холинолитическом действии, риске лекарственных взаимодействий, влиянии на когнитивные функции.

Доклад профессора, д.м.н. Ф.Ю. Копылова (кафедра профилактической и неотложной кардиологии Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова) был посвящен актуальной проблеме: «Низкая приверженность терапии и депрессия в общей медицинской практике — две проблемы или одна?» Приверженность лечению — это степень соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача в отношении приема препаратов, диеты, изменения образа жизни и др. Таким образом, приверженность лечению означает, что пациент вовремя принимает лекарство в необходимой, предписанной врачом дозе и соблюдает рекомендации в отношении образа жизни.

Приверженность пациента медикаментозной терапии можно оценить по тесту Мориски–Грина. При высоком уровне приверженности терапии получают препарат строго в указанное время более 80% пациентов, при среднем — 20–80%, при низком — менее 20%. По данным разных исследований, через 1 ч после посещения врача 60% пациентов не могут вспомнить, что конкретно им рекомендовал врач; при-



К.м.н. В.Э. Медведев

верженность терапии при хронических соматических заболеваниях — 55%: у онкологических больных — 18%, у пациентов с АГ — 40%, с депрессией, рассеянным склерозом, СД — по 45%, с болезнью Паркинсона — 54%; каждый 2-й пациент с АГ прекращает лечение в течение года. Главный фактор риска смерти при вторичной профилактике ИБС — низкая приверженность терапии.

Среди основных причин несоблюдения режима терапии были названы: психологические особенности индивида (нежелание признать себя больным, согласиться с рекомендациями врача, избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное необходимостью во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности и т. п.), «забывчивость»,

неверие в эффективность лекарств и желание сэкономить деньги, недооценка тяжести своего состояния, опасения побочных эффектов или ограничения деятельности из-за приема препаратов.

Особое место среди причин низкой приверженности лечению занимает депрессия. В частности, метаанализ 12 исследований, проведенных с 1968 по 1998 г. и посвященных влиянию депрессии на приверженность терапии у пациентов с ССЗ, хронической почечной недостаточностью, ревматоидным артритом, показал, что депрессия снижает приверженность лечению в 3 раза. Таким образом, очевидно необходимость терапии депрессии у пациентов с ССЗ и другими заболеваниями.

Темой выступления руководителя группы психиатрических исследований НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко д.м.н. О.С. Зайцева стало описание патогенеза, клинических проявлений и возможностей современной терапии психоорганического синдрома после очаговых поражений мозга. Психоорганический синдром — состояние общего психического снижения с ослаблением памяти, сообразительности, воли и эмоциональной устойчивости, приводящее к ограничению трудоспособности и иных адаптационных возможностей.

Автор описал и проиллюстрировал результатами нейровизуализационных исследований основные нарушения деятельности головного мозга при психоорганическом синдроме. Особо подчеркнута важность локализации патологических процессов для диагностики и объяснения клинических проявлений. При наличии очаговых поражений в лобных долях головного мозга доминируют эмоционально-личностные расстройства (эйфория, расторможенность или апатия, безразличие или несдержанность, лабильность, а также безответственность, инфантильность, шутливость), отмечаются не критичность, неадекватность поведения, психомоторная замедленность с трудностями начала и осуществления деятельности, удержания внимания, бедность суждений, моторная афазия. При поражении височных долей чаще регистрируются расстройства памяти,

узнавания, мышления, речи, восприятия пространства и времени, тоскливая или тревожная депрессия, биполярные аффективные колебания, шизофреноподобные и другие психотические расстройства, слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации. При патологии теменных долей могут обнаруживаться нарушения восприятия и локализации телесных раздражений (в частности, неспособность определить предмет, вложенный в руку, или астереогноз), дисграфия, акалькулия, пальцевая агнозия, нарушение ориентации в правом-левом, односторонние сенестопатии. Локализация патологических процессов в затылочных долях сопряжена с развитием зрительных галлюцинаций, ажитации, раздражительности, подозрительности, утомляемости, дефектов восприятия, зрительной агнозии (в частности, прозопагнозии).

При психоорганическом синдроме, помимо симптоматической (в данном случае – антидепрессивной, анксиолитической, антипсихотической) терапии, обязательно должны использоваться ноотропные, нейрометаболические препараты. Автор представил данные собственных исследований эффективности нескольких отечественных пептидных средств (ноопепт, селанк и др.).

Большое внимание было уделено вопросам дифференциальной диагностики и терапии соматоформных, соматизированных расстройств (СФР). Так, в докладе *Ю.С. Фофановой и соавт.* (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН) «Клинико-психопатологические аспекты атипичных лицевых болей» подчеркнута актуальность выявления и своевременного лечения СФР в практике челюстно-лицевого хирурга. Атипичная лицевая боль (прозопагнозия) не связана с каким-либо соматическим заболеванием, чаще развивается у женщин после стоматологического лечения, появляется ежедневно на протяжении всего или большей части дня не менее 3 мес, носит тупой монотонный непароксизмальный мигрирующий характер, не нарушает сна, не зависит от влияния физико-химических факторов (холод, тепло, соленое, сладкое и т. п.) и не купируется нестероидными противовоспалительными препаратами.

Разнообразные виды прозопагнозии (атипичная невралгия, атипичная одонтоалгия, болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, синдром жжения полости рта) наблюдаются у 3–57% пациентов стоматологических клиник. При этом более чем у 80% пациентов с атипичными болевыми синдромами лицевой области диагностируются психопатологические расстройства (депрессия, тревожно-фобические расстройства, СФР, сенестоипохондрическая шизофрения).

Клиническую картину атипичной лицевой боли определяют болевой анамнез (боль в спине, головная боль и др.), вычурность и красочность жалоб, нозофобия, потребность в инвазивных вмешательствах, наличие сопутствующих синдрома раздраженного кишечника, нейродермита, кожного зуда (у 95%), а также низкие показатели качества жизни.

Столь высокая распространенность прозопагнозий, их коморбидность с гетерогенными психическими расстройствами обуславливает необходимость совместного наблюдения и ведения больных психиатром и стоматологом, челюстно-лицевым хирургом. Наиболее эффективным считается лечение таких больных с использованием современных антидепрессантов и нейролептиков с последующим психо-

терапевтическим сопровождением, направленным на убеждение пациента в том, что у него нет тяжелого заболевания, коррекцию искаженного образа болезни, выстраивание наиболее адекватной стратегии преодоления боли и разрешение психотравмирующих ситуаций, способствующих возникновению или усилению прозопагнозии.

Эту тему продолжило выступление *к.м.н. А.В. Алексеева* (кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им Н.И. Пирогова) «Конверсионные (диссоциативные) расстройства у больных общепсихиатрического стационара». Докладчик представил результаты оригинального исследования, согласно которым конверсионные расстройства у больных, госпитализированных в психиатрический стационар, усугубляются в рамках эндогенных заболеваний, преимущественно, шизофрении. Сложность диагностики и ведения таких пациентов заключается в необходимости всестороннего соматического обследования в условиях психиатрической больницы. Терапия описанных диссоциативных расстройств предполагает назначение антипсихотических средств.

Доклад *д.м.н. А.А. Шмиловича* (кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова) был посвящен соматоформным эндореактивным расстройствам при шизофрении. По наблюдениям автора, синдромально-нозологическая оценка статуса больных с СФР при их развитии на фоне сосуществования эндогенных и психогенных зависит от варианта взаимовлияния (конкуренция, трансформация или слияние) симптомов психогенного и эндогенного заболеваний. Вместе с тем при любом варианте СФР при эндореактивных состояниях крайне полиморфны и имеют клинические характеристики как невротических, так и процессуальных заболеваний. Важно, что в «пограничной» ситуации между психогенным и эндогенным заболеванием СФР можно рассматривать как прогностически неблагоприятные переходные синдромы в случае эндогенизации психогении. Очевидно, что терапевтический подход при подобных СФР должен быть гибким, вариабельным, несхематичным и комплексным.

Особое внимание было уделено современным терапиям шизофрении и шизоаффективного психоза, в том числе у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями. *К.м.н. Е.Ю. Онегина* (психиатрическая больница № 14, Москва) констатировала происходящую переориентацию терапевтических стратегий при эндогенных заболеваниях на социальное функционирование вместо ликвидации симптомов «любимым путем», на индивидуализацию вместо стандартизации медикаментозной терапии. Отмечены также необходимость психотерапевтического и психообразовательного сопровождения назначений лекарств и принятия партнерских согласованных решений, избегания нейролептических «ударов» и полипрагмазии, важность титрования дозы «снизу вверх», а не «сверху вниз» (от переносимости к эффективности), а также использования современных пролонгированных форм, позволяющих стабилизировать плазменные концентрации, отменить ежедневный прием стигматизирующих таблеток, минимизировать побочные эффекты, углубить и продлить ремиссию.

Интересным было обсуждение психотерапии при соматических, психических и психосоматических заболеваниях. С докладом «Клиническая психосоматическая пси-

хотерапия» выступила председатель правления Московского общества психотерапевтов и клинических психологов *доцент Н.Л. Зуйкова* (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН). Клиническая психосоматика, по мнению автора, должна учитывать личностные особенности больного, предполагающие стихийную, природную защиту, которую врач активизирует и совершенствует в ходе терапии, а также «внутреннюю картину болезни» — характерную составляющую психосоматозов — и предрасположенность телесно-душевной конституции к психосоматическим заболеваниям. Могут быть использованы элементы широкого спектра психотерапевтических модальностей и приемов (рациональная психотерапия, клиент-центрированная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, кинезиология, гипнотерапия, музыкотерапия, психоанализ, арттерапия, семейная психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, трансактный анализ, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование, терапия творческим самовыражением, эриксоновская психотерапия, религиозно ориентированная психотерапия и др.). Предполагается, что благодаря применению клинически оправданных психотерапевтических и психологических приемов природная защита (саногенные механизмы) больного активизируется, а патологическая (невротические механизмы) ослабевает, что «помогает естественной природе совершенной защищаться».

О возможностях применения одного из методов телесно ориентированной психотерапии — кинезиологии — в психотерапии и общей практике рассказала *к.м.н. И.К. Чобану* (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН).

Статья не имела спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

Кинезиология — это целостный подход к балансированию движения и взаимодействий человеческих энергетических систем. Мягкое использование мышечного тестирования помогает определить зоны, в которых блок или дисбаланс нарушает физическое, эмоциональное или энергетическое благополучие. Этот же метод помогает определить факторы, влияющие на появление подобного дисбаланса. Понимание личностных особенностей пациента, наличия у него ресурсов, мишеней психотерапии позволяет определить вектор психотерапевтического воздействия, стратегию долгосрочной психотерапии и особенности сопровождения каждого пациента. Естественные силы пациента стимулируются посредством воздействия на рефлекторные и акупунктурные точки, через определенные упражнения и изменения в диете, что приводит к увеличению физического, эмоционального, ментального и духовного благополучия. В общей медицинской практике кинезиология является эффективной составляющей комплексного лечения и реабилитации соматических больных и помогает преодолеть последствия острого и хронического стресса.

В заключительном слове члены президиума конференции и ее участники выразили готовность продолжать междисциплинарное сотрудничество.

Работа конференции сопровождалась выставкой достижений современной психофармакотерапии, были представлены также ведущие медицинские издания: «Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина» («*Consilium Medicum*»), «Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика» («ИМА-ПРЕСС»), «Архив внутренней медицины» («Синапс»), «Медицинский вестник» («Бионика»). Техническим организатором конференции выступила компания «ЕвроМедКонгресс».