РЕМИССИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: УСТАНОВЛЕНИЕ, ЧАСТОТА, ПРЕДИКТОРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА ДЛЯ ПАЦИЕНТА НА БЛИЖАЙШИЕ 5 ЛЕТ

(REMISSION IN SCHIZOPHRENIA: VALIDITY, FREQUENCY, PREDICTORS, AND PATIENTS' PERSPECTIVE 5 YEARS LATER)

M. LAMBERT, A. KAROW, S. LEUCHT ET AL.

DIALOGUES IN CLINICAL NEUROSCIENCE 2010; 12: 3: 393—407 (АНГЛ.)

В 2005 г. Рабочая группа по ремиссиям при шизофрении (Remission in Schizophrenia Working Group) — RSWG опубликовала согласованный документ, касающийся определения ремиссии при шизофрении и операциональных критериев для ее установления (критерии RSWG). Согласно этим критериям ремиссия определяется как такой уровень выраженности основных (ядерных) симптомов заболевания, который не отражается на поведении больного и является более низким, чем требуемый для установления диагноза шизофрении в соответствии с DSM-IV. По отношению к такой ремиссии в статье употребляется также определение «симптоматическая ремиссия». Критерии RSWG состоят из 2 частей, первая из которых представляет собой перечень психопатологических симптомов, включая общепринятую их оценку по основным психиатрическим шкалам (PANSS, SANS/SAPS, BPRS), вторая — временной критерий, согласно которому требуемый уровень симптоматики определялся не менее чем в течение 6 месяцев. К числу ядерных симптомов отнесены следующие позитивные симптомы: бред, галлюцинации, нарушения мышления, нарушения поведения («странности» в поведении); к числу негативных симптомов: эмоциональная уплощенность, аутистическая апатия, ангедония-асоциальность, алогичность. Составители документа при этом отмечают, что еще требует уточнения связь перечисленных признаков с другими показателями ремиссии — оценкой психического статуса в целом с учетом функциональных способностей пациента, его качества жизни и др. Статья представляет собой обзор литературы, в том числе обобщение материала о состоянии больных с симптоматической ремиссией в течение 5 лет. Ее анализ позволил авторам сделать вывод, что критерии RSWG вполне адекватны для большей части больных; они имеют и некоторое отношение к оценке функционального статуса пациентов, но недостаточно четко сопряжены с качеством жизни и когнитивными способностями. Поэтому достижение симптоматической ремиссии автоматически не ведет к развитию ремиссии во всех аспектах состояния больного. Их значение, по мнению авторов, определяется в первую очередь важностью для клинической практики. Что касается прогностической ценности, то в этом случае понятие симптоматической ремиссии должно быть дополнено понятием функциональной ремиссии. Только тогда по RSWG-критериям можно будет говорить о прогнозе.

Библ.: 68 названий

Германия,
University Medical Center,
Hamburg
e-mail: lambert@uke.uni-hamburg.de

СОЦИАЛЬНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С БИПОЛЯРНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ХАРАКТЕРИЗОВАВШИМИСЯ ОТЧЕТЛИВОЙ ГИПЕРИНТЕНСИВНОСТЬЮ БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА ПО ДАННЫМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ

(CLINICAL AND FUNCTIONAL OUTCOME IN A SUBJECT AND SEVERE WHITE MATTER HYPERINTENSITIES)

G. SERAFINI, M. POMPILI, M. ANGELONE ET AL.

EUR J PSYCHIAT 2011; 25: 1: 41—45 (АНГЛ.)

Явление гиперинтенсивности в области белого вещества (ГБВ) головного мозга, устанавливаемое при магнитно-резонансной томографии (МРТ), достаточно часто встречается у больных с биполярными аффективными расстройствами. Однако до сих пор остается нерешенным вопрос о возможной связи этих изменений с возрастом больных и наличием цереброваскулярных заболеваний или риском их развития. Большинство исследователей считают, что исходы болезни в таких случаях хуже. Но некоторые авторы, напротив, склонны рассматривать это явление в аспекте его протективности, т.е. защитной роли. В статье этот вопрос обсуждается на примере течения заболевания у пациентки с биполярным расстройством типа 1, у которой имелись соответствующие изменения на томограмме. Речь идет о женщине 76 лет, которая в анамнезе имела 5 депрессивных, 3 маниакальных и 2 смешанных приступа. В период обследования она лечилась в больнице в связи тяжелым смешанным маниакально-депрессивным состоянием, что и обусловило применение при терапии не только лития (300 мг в день), но и галоперидола (2 мг в день); кроме того ее питание отличалось высоким содержанием витамина D. В этот период при МРТ были выявлены резко выраженные явления ГБВ в перивентрикулярной области. В результате лечения было достигнута полная нормализация настроения, которое по данным катамнестического обследования оставалось стабильным и по истечении двух лет, позволяя обеспечивать достаточно высокое качество жизни пациентки. Авторы с сожалением отмечают, что в этом периоде не удалось провести повторную МРТ, чтобы оценить динамику томографических изменений. Поэтому благоприятное течение заболевания в описанном случае связывают с «защитной» ролью лития и витамина D. Не исключая полностью роль ГБВ, подчеркивают, что это явление заслуживает специальных исследований.

Библ.: 22 названия

Италия,
University of Rome,
Rome
e-mail: gianluca.serafini@uniroma 1.it

УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ МОЗГА ПРИ АУТИЗМЕ — ЧТО ПОЗВОЛИТ РАЗРЕШИТЬ ПОКА ЗАГАДОЧНОЕ ЯВЛЕНИЕ

(INCREASED DRAIN SIZE IN AUTISM — WHAT IT WILL TAKE TO SOLVE A MYSTERY)

F.W. VACCARINO, K.M. SMITH

BIOL PSYCHIATRY 2011; 6: 4: 313—315 (АНГЛ.)

В течение последнего десятилетия большинство биологических исследований проблемы расстройств аутистического спектра (РАС) сконцентрированы на гипотезе нарушения развития нервной системы. В этом же аспекте рассматриваются и данные об увеличении размеров мозга при РАС, которое обнаруживается в 20% случаев в течение первых двух лет жизни (недавно авторами был представлен большой обзор на эту тему — F. Vaccarin et al., 2009). Мозг при РАС увеличен на 5—10% по сравнению с контролем. При этом предполагают, что имеет место увеличение как серого, так и белого вещества. Указанные различия между нормой и РАС отмечаются только в раннем детстве и к 5 годам они исчезают, хотя в отдельных случаях увеличение серого вещества (на 6—12%) отмечается даже у подростков и взрослых с РАС. На протяжении всего периода изучения РАС и вплоть до настоящего времени остается неясным вопрос: каким образом указанные нейроанатомические нарушения связаны с развивающимися у больных поведенческими и когнитивными нарушениями. Тем не менее изменение траектории развития мозга считают наиболее важным биомаркером РАС. В последнее время были получены данные, которые свидетельствуют о том, что если у здоровых детей размер мозга по мере его развития коррелирует с когнитивным развитием ребенка (IQ), то при РАС эта корреляция отсутствует. Эти данные показывают, что изменение размера мозга не может рассматриваться как адаптивный феномен. Предполагают, что оно имеет генетическую основу, связанную, в частности, с хромосомным участком 5p14.1, имеющим отношение к «регуляторным элементам» двух кадериновых (cadherin) генов — *CDH10, CDH9*, определяющих адгезивные свойства клеток, функцию рецепторов фактора роста нервов (NGF) и процессы пролиферации клеток, их миграцию, рост нейритов, т.е. все то, что в конечном счете формирует региональную специфичность мозговых структур. В статье приведена таблица, иллюстрирующая соотношение между типами нейроанатомических изменений, их проявлением при РАС и возможной генетической основой (гены, участки хромосом, генные продукты). Особое внимание обращено на мутации нейролигинов (NRG1), нейрексинов (NRXN), контрактинов (CNTNAP2) и SHANK, которые содержатся внутри синапсов и шипиков, влияя на межнейрональные связи и межклеточное взаимодействие.

Библ.:12 названий

США,
Yale University,
New Haven, CT
e-mail: flora.vaccarino@yale.edu

ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО ИНГИБИТОРА ОБРАТНОГО ЗАХВАТА НОРАДРЕНАЛИНА — АТОМОКЕСЕТИНА ПРЕДОТВРАЩАЕТ ВЫЗВАННЫЕ ГЕРОИНОМ И КОКАИНОМ НАРУШЕНИЯ

(SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITION BY ATOMOXETINE PREVENTS CUE-INDUCED HEROIN AND COCAINE SEEKING)

D. ECONOMIDOU, J.W. DALLEY, B.J. EVERITT

BIOL PSYCHIATRY 2011; 69: 266—274 (АНГЛ.)

Известно, что главной целью лечения многих вариантов наркологической зависимости является предупреждение срывов после ремиссии, если такие развиваются. Недавно было установлено, что в механизме развития рецидивов определенную роль играет усиление импульсивности, снижать которую может препарат атомоксетин (АТ), являющийся селективным ингибитором обратного захвата норадреналина путем воздействия на его трансмембранный транспорт. В процессе изучения этого вопроса авторы исследовали действие АТ и метилфенидата (МФ), который также влияет на импульсивность. Сравнительное экспериментальное исследование было выполнено на крысах, у которых была предварительно выработана зависимость от героина и кокаина. Указанные вещества вводились животным через 1 неделю после прекращения введения наркотика и развития абстиненции. АТ в этих условиях ослаблял проявления абстиненции, а МФ таким эффектом не обладал. АТ оказался способным также предотвращать рецидивы зависимого поведения. Предполагают, что селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина могут быть использованы для лечения опийных наркоманий и в клинической практике.

Библ.: 110 названий

Великобритания,
University of Cambridge,
Cambridge.
e-mail: de244@cam.ac.uk

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В УЗБЕКИСТАНЕ

(MENTAL HEALTH IN UZBEKISTAN)

D. GAZIZOVA, A. MAZGUTOV, G. KHARABARA, E. TSOYI

INT PSYCHIATRY 2011; 8: 1: 10—11 (АНГЛ.)

Статья написана узбекскими специалистами, связанными с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Международной службой здравоохранения в Лондоне. Узбекистан является одной из центральных стран Азии, граничащих как с рядом бывших советских республик (Казахстан, Киргизия, Таджикистан), так и с Афганистаном. Площадь Узбекистана 447 400 кв.км, а его население в настоящее время— 27 767 100 человек. Одну треть населения составляют лица моложе 14 лет, 4,7% — старше 65 лет, 64% — сельские жители. Прогнозируемая продолжительность жизни для мужчин — 64,5 года, для женщин — 70,9 года. По критериям Всемирного банка Узбекистан относится к странам с низким доходом. Бюджет здравоохранения составляет 3,1% от общего валового национального продукта. Психиатрическая служба Узбекистана представлена только государственными учреждениями, деятельность которых регулируется Министерством здравоохранения, но в каждом из 14 основных регионов страны имеется главный специалист по психиатрии. Основы организации психиатрической помощи в Узбекистане были заложены в СССР. После выделения в 1991 г. Узбекистана в независимое государство начались попытки трансформации психиатрической помощи в направлении перемещения акцента от помощи стационарной к внебольничной (службам первичной помощи) не только в городах, но и сельских районах. Сейчас в стране имеются 22 нейропсихиатрические внебольничные клиники (они по-прежнему называются диспансерами), 17 из которых обеспечивают помощь круглосуточно; имеются также 3 дневных лечебных клиники при психиатрических больницах. К системе психиатрической помощи относят также 446 территориальных поликлиник (включая 226 для взрослых, 156 детских и 27 для подростков), в которых в случае необходимости может быть оказана первичная психиатрическая помощь. В стране работают 937 психиатров: 674 для взрослых больных, 170 детских, 57 подростковых, 14 судебных, 21 психотерапевт, 1 специалист в области суицидологии. Подчеркивают, что последних недостаточно, так как Узбекистан относится к странам с высоким риском по суицидам: в период с 2005 по 2009 г. их совершили 8286 человек. Психиатров готовят в 7 медицинских институтах. Имеется также Институт повышения квалификации врачей в Ташкенте. В психиатрических учреждениях работают также 2442 медицинские сестры. Если ВОЗ рекомендует соотношение врачей и сестер 1:4, то в Узбекистане — 1:2,9. Пока практически нет социальных работников и трудотерапевтов; вакантны 150 мест психологов. Научные исследования проводятся в основном на кафедрах психиатрии медицинских институтов. Они касаются эпидемиологии и разных областей клинической психиатрии. Авторы отмечают ряд трудностей в развитии психиатрической помощи в стране: недостаток финансирования, недостаточное число психиатрических учреждений, трудности с обеспечением их лекарственными препаратами, недостаток дипломированных специалистов в области психологии и большая потребность в них лечебных учреждений. Считают также, что необходима децентрализация психиатрической помощи и создание специализированных отделений в общесоматических больницах.

Библ.: 8 названий

Великобритания,
North and West London NHS Foundation Trust,
London
e-mail: dina.gazizova@nhs.net