

## **II Ежегодная межвузовская научно-практическая конференция “Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы - 2016”**

20 марта 2016 г. в Москве состоялась II Ежегодная межвузовская научно-практическая конференция “Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы-2016”.

Конференцию лично посетили более 330 врачей из 19 городов и регионов России (Владимир, Волгоград, Иваново, Казань, Краснодар, Магадан, Москва, Московская область, Новосибирск, Орел, Оренбург, Рязань, Санкт-Петербург, Саранск, Саратов, Смоленск, Тверь, Ульяновск, Хабаровск, Ханты-Мансийск, Якутск, Ярославль). Среди заинтересованных специалистов присутствовали психиатры, наркологи, психотерапевты, неврологи, терапевты, семейные врачи, кардиологи, гематологи, гастроэнтерологи, дерматологи, пластические хирурги, косметологи стоматологи и др.).



На открытии конференции с вступительными словами выступили член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Московского Государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва) Д.Ф.Хритинин, заведующий организационно мето-

дическим и консультативным отделом по психиатрии и суицидологии Департамента здравоохранения г.Москвы, к.м.н. Р.А.Черёмин, заведующие кафедр психиатрии РУДН: профессор Н.Л.Зуйкова (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН) и профессор, д.м.н. И.В.Белокрылов (кафедра психиатрии медицинского факультета МИ РУДН). Во всех выступлениях подчеркивалась важность и актуальность интегративного междисциплинарного подхода к терапии пациентов как общемедицинской, так и специализированных сетей.



Первые сообщения, посвященные современным представлениям о границах психической и соматической патологии, определению и спектру психосоматических расстройств, общих подходах к терапии пограничных психических расстройств общей медицине представили профессор, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии I МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва) Ю.П.Сиволап, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой медицинской и общей психологии с курсом педагогики Казанского государственного медицинского университета, эксперт Всемирной организации здравоохранения (Казань) В.Д.Менделевич и к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН (Москва) В.Э.Медведев.

Докладчики предложили два определения психосоматических расстройств: “ функциональные расстройства органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (внутриличностному конфликту, стрессам, конфликтам) и несовершенству механизмов антиципации (вероятностного прогнозирования) и психологической защиты (копинг-процесса)” (В.Д.Менделевич) и “психические расстройства, имитирующие, способствующие формированию, провоцирующие, сопровождающие или осложняющие соматические заболевания” (В.Э.Медведев).

Подчеркивая значимость психической и соматической патологии в развитии психосоматических расстройств, В.Э.Медведев привел данные о высокой распространенности психических расстройств в амбулаторной общей медицинской практике, высокой частоте (до 37%) назначения психотропных средств (антидепрессанты, анксиолитики) стационарным больным общего профиля и значительным фармакоэкономическим затратам на лечение этого контингента больных.

С другой стороны соматическая болезнь увеличивает риск психического заболевания (NICE, 2009), депрессия вдвое чаще наблюдается у больных гипертонией, диабетом, с хронической сердечной недостаточностью, и втрое чаще у пациентов, страдающих почечной недостаточностью, хроническим обструктивным заболеванием легких и сосудистой патологией мозга (E.Egede, 2007).

К основным проблемам терапии психических расстройств в общей медицине докладчик отнес: ошибки диагностики (гипо-, гипер-), самолечение, попытки воздействия на отдельные соматические симптомы психических расстройств, недостаточное развитие психотерапевтической помощи, ограниченные возможности применения психотропных препаратов и неблагоприятный профиль безопасности некоторых психотропных препаратов.

В качестве ещё одного значимого фактора развития и ограничения терапии психосоматических расстройств В.Д.Менделевич выделил антиципацию

или “катастрофизацию” - чрезмерное преувеличение опасности тех или иных явлений, обращение к мыслям, явно завышающим разрушительную силу того, что было испытано, что, в свою очередь, приводит к тяжелой дезадаптации и эмоциональному дистрессу (Sullivan M.J., 1995). По мнению автора при психосоматозах отмечается сочетание низкой способности к прогнозированию стрессовых ситуаций (антиципационная несостоятельность) со слабой выраженностью копинг-механизмов. В связи с этим при проведении психотерапии больных акцент в совладающем поведении должен смещаться на психологические защиты.



На проблему и последствия “самолечения” психосоматических расстройств алкоголем обратил внимание в своем выступлении профессор Ю.П.Сиволап. Среди предрасполагающих к такому виду “терапии” выделялись такие факторы как особая психическая конституция с гедонистическими установками и сниженной алкоголю в течение первого года лечения переносимостью психофизического дискомфорта («аддиктивная личность»), наличие коморбидных расстройств (депрессия, тревога, расстройство личности), нарушение синтеза и нейротрансмиссии серотонина, изменение структуры и функции префронтальной коры и миндалины, а также активности системы ГАМК и глутамата.



Несмотря на серьезные последствия злоупотребления алкоголем, лечение проходят не более 10% пациентов, 75% больных возобновляют употребление. Сегодня терапия таких пациентов направлена на максимальное смягчение болезни (не исключающее полной трезвости) с целью уменьшения вредных последствий неумеренного употребления алкоголя посредством и воздействия на каппа-опиоидные рецепторы, наряду с ингибированием мю-опиоидных рецепторов (Шагиахметов Ф.Ш. и др., 2015).

Эксперт ФМИЦПН им. В.П. Сербского (Москва), д.м.н. С.Н.Осколкова посвятила свой доклад обсуждению темы психосоматических нарушений как одной из причин гипо- и гипердиагностики шизофрении. Среди наиболее частых причины гиподиагностики шизофрении докладчиком выделены: наличие серьезных соматических или неврологических заболеваний (75%), тревожно-депрессивный аффект (75%), ипохондрическая фабула бреда (46%), соматизированный характер депрессий (63%), транзиторные суицидальные намерения (53%), деперсонализация (34%), диссимуляция симптомов 1 ранга по К. Шнайдеру (47%). Другие причины гиподиагностики шизофрении: патоморфоз шизофрении, феноменологически сближающий ее с соматическими заболеваниями, патоморфоз соматических заболеваний с психогенной заинтересованностью психики, учащение транзиторных бредовых идей в связи с социальными проблемами, переоценки роли психогенных соматиче-

ских нарушений в атипичной картине психического расстройства, конфронтации врача и больного с нежеланием последнего быть психически больным, коморбидной патологии при шизофрении, психогенного дебюта шизофрении с аутодеструкцией (нарушения пищевого поведения, ненужные пластические операции), диссимуляции соматических и психических расстройств с их психологизацией.

В свою очередь причинами гипердиагностики шизофрении в случаях психосоматических нарушений зачастую становятся кратковременность или стертость психотических эпизодов, в том числе экзогенно спровоцированных и/или с диссимулируемой субпсихотической симптоматикой (67%), переоценка роли соматической патологии в социальной дезадаптации (83%), наличие серьезного соматического или неврологического заболевания (74%), сверхценные идеи ипохондрического содержания (44%), неврозоподобные расстройства вследствие органических вредностей (61%), психастенические жалобы, имитирующие нарушения мышления при шизофрении (42%), рентные установки в связи с соматической/неврологической симптоматикой, имитирующие апато-абулический дефект при шизофрении (32%), соматические жалобы, сходные со схизисом, изменением своего «я» (49%), немотивированные страхи, опасения (41%), а также аффективные колебания несвязанные с внешними событиями, а в связи с динамикой соматического расстройства, отвлекаемость в беседе на внутренние ощущения, мимическая обедненность как следствие депрессии, оценка предъявляемых жалоб как симулятивного поведения, недостаточный анализ синдромов, сопутствующих соматической и/или неврологической патологии.

Очевидно, что учет этих данных должен способствовать совершенствованию дифференциальной диагностики шизофрении при выраженности психосоматической составляющей.

Аспекты типологии и клинико-динамических характеристик психических расстройств ВИЧ-ассоциированных освещались в совместном сообщении член-корреспондента РАН Д.Ф.Хритинина (Москва) и к.м.н., доцента

кафедры психиатрии и психотерапии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова МЗ РФ (Рязань) В.В.Новикова. Соавторы описывают «социальный портрет» больных с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами (возраст от 21 до 40 лет - 89,3%, состоят в официальном браке - 8,8%, в гражданском - 11,6%, при этом характеризуют отношения как «свободные» - 51%, детей не имеют 66,7%, воспринимают себя как «одиноких» - 72%, не работает (не учится) - 63,6%, - не имеют определенных занятий, увлечений - 58,4%, среднее или средне-специальное образование - 88,5%, наличие расстройств поведения в анамнезе - 84,6%) и этапность (стрессорный, гипернозогнозически-стигматический, диснозогнозически-соматогенный, гипонозогнозически-соматогенный) развития ВИЧ-ассоциированных психических расстройств.

Учитывая социальную и медицинскую значимость проблемы в докладе было приведено обоснование необходимости оказания помощи данному контингенту больных мультипрофессиональной бригадой врачей, включающей инфекциониста, психиатра, нарколога, психотерапевта, а также клинического психолога, социального работника.

В совместном докладе профессор кафедры психиатрии медицинского факультета Медицинского института РУДН, д.м.н. В.В.Мариллов и доценты, к.м.н. А.Е.Брюхин и Т.Е.Линёва подробно описали коморбидные с нервной анорексией психопатологические синдромы (дисморфофобии-дисморфомании, астенический, ипохондрический, деперсонализационный, психоорганический, паранойяльный и др.), а также подчеркнули опасность соматических осложнений нарушений пищевого поведения (метаболические: электролитные нарушения, гипогликемия, увеличение печеночных ферментов, сердечно-сосудистые: аритмия, уменьшение размеров сердца, гипотензия, неврологические: псевдоатрофия головного мозга, периферические невриты, отклонения в ЭЭГ, гематологические: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, эндокринные: снижение гонадотропинов, эстрогенов, тестостерона, эутиреоидный синдром, повышение кортизола, мышечные и костные: су-

дороги, остеопения, желудочно-кишечные: кариес, эрозии эмали, расширение входа в желудок, тяжелые запоры, СРК, уменьшение липазы, лактозы и иммунологические: бактериальные инфекции).



Данные о психических расстройствах при заболеваниях системы крови представил руководитель лаборатории по изучению психических расстройств при заболеваниях системы крови Гематологического Научного Центра Минздрава России (Москва) д.м.н. Д.Э.Выборных. Наиболее частую угрозу здоровью больных несут соматогенные психозы (делирий (61,9%), обострения шизофрении (5,9%), эндогенноморфные психозы (32,2%).





Наиболее статистически достоверными факторами риска соматогенных психозов являются заболевания, требующие для своего лечения применения цитостатиков и кортикостероидов (лимфосаркомы, острые лейкозы, множественная миелома).

На курсах полихимиотерапии, в которых сочетается применение цитостатиков с кортикостероидными препаратами и цитостатиков без кортикостероидных препаратов развиваются все типы соматогенных психозов, причем при сочетании этих препаратов психопатологические нарушения манифестируют чаще.

Также обращает на себя внимание такой фактор, как алкоголизм, на фоне которого часто развивается делирий и эндогенноморфные психозы. При этом у пациентов, перенесших делирий, установлена более высокая частота алкоголизма в анамнезе - 26,1% против менее 2% при других типах соматогенных психозов.

Нозогенные реакции у гематологических больных представлены сравнительно широким спектром психопатологических состояний – невротических, аффективных и шизофренических.

О патологических телесных ощущениях в практике стоматолога и челюстно-лицевого хирурга сделали сообщение сотрудники кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН (Москва) к.м.н., доцент В.И.Фролова, аспирант Ю.С.Фофанова и заведующий кафедрой челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И.Евдокимова (Москва) профессор, д.м.н. А.Ю.Дробышев.

Патологические телесные ощущения (ПТС) – неприятные, в т.ч. болезненные, ощущения, органической причины которых не удается установить и свойства которых не могут быть объяснены выявленной органической патологией – отмечаются у 10% пациентов, обращающихся за помощью к стоматологам. Основные диагнозы, выставляемые пациентам с ПТС в ЧЛЮ до обращения к психиатру: G50.1 Атипичная лицевая боль (атипичная невралгия)

и атипичная одонталгия; K07.60 Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена); G44.847 синдром «пылающего рта»/ синдром жжения полости рта/глоссалгия.

Преимущественно ПТС в ЧЛЮ страдают женщины (до 80%), в среднем возрасте –  $39,5 \pm 14,7$  лет, после перенесенного стоматологического лечения. Характерны неэффективность нестероидных противовоспалительных препаратов, отсутствие четкой топической локализации, влияния на сон, миграция и распространению на соседние анатомические области.

Коллективом исследователей установлено, что ПТС в ЧЛЮ реализуются идиопатическими алгиями, конверсиями, телесными иллюзиями и сенестопатиями развивающимися в рамках гетерогенной психической патологии (аффективные и тревожные расстройства, расстройства личности, шизофрения).

Авторами разработана и внедрена методика эффективной психофармакотерапии ПТС в ЧЛЮ с привлечением представителей всех классов психотропных средств.

Особое внимание на конференции было уделено обсуждению проблемы диагностики и терапии депрессивных расстройств в общей медицине. Руководитель отделения психосоматических расстройств ФМИЦПН им. В.П.Сербского на базе гастроэнтерологического отделения Клиники факультетской терапии имени В.Н. Виноградова I МГМУ им. И.М.Сеченова (Москва) профессор, д.м.н. Л.В.Ромасенко напомнила коллегам об основных механизмах влияния депрессии на течение соматических заболеваний, среди которых важны как патофизиологические (активация свертывающей системы крови, адренергической системы и воспалительных механизмов, нарушение регуляции просвета сосудов), так и поведенческие (снижение приверженности лечению, соблюдения мер вторичной профилактики, реабилитационного потенциала).

Руководитель отделения психиатрической эндокринологии «МНИИ психиатрии - филиала Федерального медицинского исследовательского цен-

тра психиатрии и наркологии" МЗ РФ профессор, д.м.н. Л.Н.Горобец привела данные о высокой распространенности депрессий у больных с эндокринологическими проблемами (сахарный диабет 2 типа – 62,4%, аутоиммунный тиреоидит – 47,9 – 89,5%, послеродовой период– 13 - 22%, метаболический синдром – 61,5%). При этом риск развития депрессии при сахарном диабете (СД) в 3 раза выше, чем в популяции 5-10% (Lustman P.S., 2000). При эндемическом зобе (гипотиреоз) – в 87,5% случаев формируется депрессия, ангедония, нарушение внимания (Губарева Л.И., 2001)



Взаимосвязь эндокринологических и депрессивных расстройств становится вполне объяснимой, если проанализировать современную модель патогенеза депрессии, которая основывается на особенностях функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, симпато-адреналовой, иммунной и некоторых других систем. При этом нейро-эндокринная составляющая стресса, являющегося пусковым звеном депрессии, регулируется именно этими системами. Стресс, сопровождается выбросом кортикотропин-релизинг фактора (КРФ) из гипоталамуса. КРФ воздействуя на одноименные рецепторы передней доли гипофиза стимулирует выброс адренокортикотропного гормона (АКТГ), который, в свою очередь, стимулирует высвобождение глюкокортикоидов (кортизол) из коры и катехоламинов (норадреналин) из мозгового слоя надпочечников. Гиперреактивность этих систем со-

проводятся иммунными нарушениями, активацией тромбоцитарного звена гемостаза, дисфункцией эндотелия с повышенной продукцией вазоконстрикторов и развитием дислипидемии.

Очевидно, что высокая распространенность и коморбидность депрессии у больных с эндокринной патологией обуславливает необходимость более углубленного сотрудничества между эндокринологами и психиатрами с целью оказания необходимой и адекватной помощи больным с указанными расстройствами для улучшения их качества жизни и социального функционирования

Руководитель Группы эндокринологической психиатрии и ведущий научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, профессор кафедры психиатрии СПбГУ (Санкт-Петербург), д.м.н. Г.Э.Мазо актуализировала проблему депрессий у женщин в период менопаузального перехода.



Риск развития депрессии у женщин в перименопаузальный период в 2 – 14 раз выше в сравнении с репродуктивным возрастом (Gibbs Z. et al., 2013). Высокий риск манифеста депрессивного расстройства в период менопаузального перехода составляет 15,8% (Bromberger, et al., 2009), 57% при рекур-

рентном депрессивном расстройстве; 68% при биполярном расстройстве (Gregory et al., 2000).

Обычно такие депрессии развиваются в возраст 45 – 55 лет на фоне проблем, связанных с изменением роли в семье, социальном функционировании, материальном статусе, на фоне манифеста соматических заболеваний и специфических гормональных изменений, которые могут играть роль в патофизиологических механизмах формирования патологии, а, следовательно, требуют специфических терапевтических подходов.

Клиническая картина депрессий инволюционного периода характеризуется тяжестью симптоматики, высоким уровнем тревоги, множественными сомато-вегетативными проявлениями и ипохондрией. У 75% женщин, обращающихся за помощью в период менопаузы, основными жалобами являются снижение настроения и нарушения сна (Tam L., Stucky V., Hanson R., Parry B., 1999), раздражительность и резкие смены настроения (Freeman E.W., Sammel M.D., Lin H. et al., 2008, Bromberger J.T., Assmann S.F., Avis N.E. et al., 2003) со специфическим синдромом «on-off», который определяет резкое начало и столь же резкое окончание выраженных приступов тревоги и тоски (Worsley R., Davis S., Gavrilidis E. et al., 2012).

Депрессии в перименопаузальном периоде представляют гетерогенную группу, в которую входят как обострения аффективного расстройства (рекуррентного или биполярного), так и впервые манифестирующие депрессии. Эти состояния имеют различные патофизиологические механизмы формирования, а, следовательно, нуждаются в разработке различных принципах терапии.

Среди психопатологических расстройств, являющихся зоной общей ответственности невролога и психиатра профессор кафедры неврологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) д.м.н. М.В.Путилина остановилась на описании астении (“синдром хронической усталости”, СХУ). СХУ - это патологический процесс, при котором имеет место декомпенсация адаптационных способностей организма. В результате этого, любая физическая нагрузка

воспринимается организмом как стресс, а стресс, как известно, приводит к нарушению работы внутренних органов. Основным отличием синдрома от обычной усталости является упадок жизненных сил организма, который не проходит после обычного промежутка отдыха. Кроме этого, наблюдается ряд патологических феноменов: возникает чрезмерная активация симпатической нервной системы, что в свою очередь проявляется повышенной раздражимостью, различными нарушениями сна (трудное засыпание, частые пробуждения, кошмары), учащением сердцебиения в покое, периодическими тупыми болями в области сердца, повышением артериального давления, нарушением работы пищеварительного тракта (тошнота, отсутствие аппетита, хронические запоры), дрожанием мышц, нарушением координации движений. У женщин в период напряженных занятий могут развиваться различные нарушения менструального цикла, вплоть до полного его исчезновения (аменорея).



Профессор кафедры нервных болезней I МГМУ им. И.М. Сеченова д.м.н. И.С.Преображенская и ведущий научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАН, д.м.н. Л.И.Абрамова в своих сообщениях обсудили проблемы дифференциальной диагностики умеренных когнитивных расстройств и ранних проявлений деменции с позиции соответственно невролога и психиатра.



Среди факторов, способствующих развитию когнитивной дисфункции выделяют артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, дефицит витаминов, гипергомоцистеинемия, курение, сердечная и дыхательная недостаточность, длительное применение препаратов с холинолитической активностью, низкая интеллектуальная активность, низкая двигательная активность, наследственная предрасположенность, избыточная масса тела.

Наличие этих факторов приводит к уменьшению объема мозга и отдельных его частей, снижению численности нейронов (на 10% при сравнении 20- и 90-летних), числа дендритов, синапсов и рецепторов, содержания основных нейромедиаторов, утрате глии, миелина, деваскуляризации, уменьшению уровня метаболизма и перфузии мозга, что, в свою очередь приводит к увеличению распространенности когнитивных нарушений разной степени тяжести (5-10% пожилых лиц страдают деменцией, не менее 10-15% лиц старше 65 лет имеют когнитивные нарушения, не достигающие выраженности деменции (лёгкие или умеренные КН), в российской амбулаторной практике около 70% пожилых пациентов имеют когнитивные нарушения).

Возможности терапии биологической обратной связью (БОС) мигреней описали генеральный директор Международного института психосоматического здоровья (Москва) к.м.н. О.Р.Добрушина и старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ло-

моносова (Москва) к.психол.н. Г.А.Арина. По данным литературных источников у 54% пациентов, получавших терапию БОС отмечается полная редукция приступов болей, у 39% - снижение частоты более, чем на 50%. Сходные результаты получены и авторским коллективом при проведении клинического исследования: БОС по инфранизким частотам в межполушарном отведении приводила к снижению частоты мигренозных приступов и стабилизации показателей САН вне связи с эффектом плацебо.

Оптимальные формы курации и реабилитации пациентов с психосоматической патологией обязательно включают психотерапию. Варианты терапевтического альянса представил заведующий кафедрой психиатрии Медицинского факультета Медицинского института РУДН (Москва) профессор, д.м.н. И.В.Белокрылов. Среди “плохих” вариантов он выделил:

а) Мотивация к психотерапии в целом негативная; ориентация на исцеление, минуя столкновение с болезненными аффектами и переживаниями, по отношению к которым заболевание выступает как средство защиты; запрос на мероприятия, непосредственно блокирующие болезненные сенсации; мотивы к лечению и к психотерапии находятся в обратной пропорции; пациенты опасаются, что обсуждение их проблем может принести вред, сделает их неспособными «бороться с болезнью».

б) Мотивация к психотерапии не связана с избавлением от симптомов; понимание психотерапии как возможности заинтересованного отношения к их жизни и проблемам, возможность выражения своих чувств и лучшего понимания своих желаний; избавление пациента от психосоматических симптомов воспринимается им как отсутствие подлинного интереса к его личности и его страданиям.

в) ориентированы на психотерапию, как на еще одно лекарство; с готовностью выполняют внешние требования психотерапевтической работы (самораскрытие, обсуждение, выполнение упражнений и т.д.), но сохраняют позицию внешнего, невовлеченного наблюдателя; истинная психотерапевтическая мотивация фактически отсутствует.



Хорошим вариантом психотерапевтического альянса автор предлагает считать способность рефлексировать ассоциации и чувства, связанные с телесными сенсациями, подвергать свои выводы сомнениям и перепроверкам, анализировать свои телесные страдания в символически-образных категориях, находить их связи с негативными интрапсихическими факторами; нарастающая мотивированность к психотерапии.

Завершилась конференция блестящим сообщением заведующей лабораторией клинической психологии Московского клинического научно-практического центра, ЦНИИ гастроэнтерологии (Москва) д.м.н. Л.Д.Фирсовой с описанием 10-летнего опыта работы психотерапевта с больными гастроэнтерологического профиля.



В завершении конференции присутствовавшие доктора обменялись мнениями с докладчиками, задали вопросы по озвученным сообщениям и выразили надежду на продолжение встреч подобного формата с ведущими специалистами в области психосоматической медицины. Среди достоинств и отличительных черт Ежегодных конференций “Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы”, организуемых кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского института РУДН были отмечены информативная насыщенность программы,

доступный стиль подачи информации, баланс научной и практически значимой докладов.

Работа конференции сопровождалась выставкой достижений современной психофармакотерапии российских и зарубежных фармкомпаний, а также продукции известных издательств, специализирующихся на выпуске медицинской литературы: “Consilium Medicum” (“Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б.Ганнушкина” и т.д.), “ИМА-ПРЕСС” (“Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика” и др.), “Синапс” (“Архивъ Внутренней медицины”), “Бионика” (“Медицинский вестник” и др.). Техническим организатором конференции выступила компания ООО “Синапс”.