

Психопатологическая доктрина в отечественной наркологии и проблема доказательной медицины

В. Д. Менделевич

Казанский государственный медицинский университет

Резюме. В статье анализируется психопатологическая доктрина, являющаяся официальной в отечественной наркологии, в соответствии с которой опиоидная зависимость причисляется к кругу психотических расстройств с эндоформным механизмом синдрома генеза. Критике подвергается методология психопатологизации наркологических расстройств. Делается вывод о том, что теоретические построения в сфере наркологии должны базироваться на принципах доказательной медицины, четких диагностических критериях и проверяться практикой.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, психопатологизация, психические расстройства, доказательная медицина.

Psychopathological doctrine in russian addiction medicine and a problem of evidence based medicine

V. D. Mendelevich

Kazan state medical university

Summary. This article analyzes the psychopathological doctrine adopted in Russian narcology, according to which opioid dependence is considered a form of endogenous psychosis. The methodology of a psychopathological interpretation of addictive disorders is exposed to criticism. It is concluded that the theoretical constructs in addiction medicine should be based on an evidence-based approach, clear diagnostic criteria and tested practice.

Keywords: opioid dependence, psychopathological interpretation, mental disorders, evidence based medicine.

Традиционно принципы доказательной медицины применяются для объективизации процесса оценки обоснованности, эффективности и безопасности медицинских вмешательств — применения лекарственных средств, методов и средств терапии [9, 12, 14, 35, 37, 39]. Реже принципы доказательной медицины экстраполируются на диагностический процесс с целью его объективизации в случае появления новых (чаще инструментальных или основанных на знаниях фундаментальных наук) методов. Область клинической диагностики регулируется разрабатываемыми на основании клинического опыта критериями выявления и идентификации патомоничных симптомов и синдромов, которые могут при строгом соблюдении диагностического алгоритма претендовать на научность. В сфере диагностики основная опасность заключена в вероятности появления систематических ошибок, связанных с «методологической несостоятельностью» научного исследования [15]. В свою очередь неправильная диагностика способна продуцировать неадекватное, неэффективное или небезопасное для пациента лечение.

Доказательная медицина в области оценки научной обоснованности медицинских вмешательств основывается на известных методических приемах с использованием принципов рандомизации, плацебо-контроля и др. В сфере же клинической диагностики научность определяется на основании применения квантифицированных

шкал, типизации, стратификации. Надежность диагностики определяется степенью совпадения клинической квалификации симптомов и синдромов разными исследователями, т.е. отсутствием существенных расхождений в оценке патологического статуса несколькими специалистами сопоставимой квалификации [15, 16].

Справедливо замечено, что «в последние годы в области отечественной наркологии ведется ожесточенная дискуссия» [16] между «специалистами сопоставимой квалификации», отстаивающими полярные взгляды на психопатологию наркологических расстройств. Противостоят друг другу «медицина авторитетов» и «медицина доказательств». Противоречие между специалистами лишь выглядит схоластической дискуссией по вопросу квалификации клинических феноменов. Фактически за этим скрывается столкновение по сущностным вопросам современной науки — по основополагающим методологическим принципам и способам доказательств истинности собственных позиций. Одни специалисты настаивают на приоритете клинического опыта в оценке психопатологических симптомов [3, 8, 34], другие отстаивают позицию приоритета принципов доказательной медицины [10, 11, 14–24, 27, 31]. Проблема заключается еще и в том, что спор не носит сугубо теоретический, отвлеченный характер. На базе официальной позиции «медицины авторитетов», отдающей приоритет клиническому опыту, а не доказательным исследованиям, в российскую

наркологию внедрены соответствующие принципы оказания наркологической помощи, стандарты терапии и протоколы ведения больных [29].

Официальную наркологию не смущает тот факт, что фиксируются кардинальные и существенные различия научных представлений российских и зарубежных наркологов по большинству профессиональных теоретико-методологических и практических аспектов, антагонизм между стандартами терапии наркологических заболеваний [13, 17, 24, 31, 38, 42, 43, 48].

В российской, в отличие от мировой, наркологической науке обнаруживается устойчивая тенденция (доктрина) приписывать наркологическим расстройствам однозначно психопатологический смысл. Данный феномен был обозначен психопатологизацией наркологии [20]. При этом психопатологические трактовки распространяются не только на больных наркоманией, но и на созависимых лиц. Так, В.В. Чирко, М.В. Демина, М.А. Винникова и соавт. [33] настаивают на том, что «проявления созависимости у родственников... следует с полным основанием отнести к категории реактивных психозов», а «синдромологическое содержание данного реактивного психоза можно интерпретировать в качестве затяжной атипичной эндоформной депрессии с ведущей тревожно-деперсонализационной симптоматикой и паранойяльными включениями». Исходя из этого авторы считают обоснованным применение по отношению к созависимым родственникам больных наркоманией психофармакотерапевтического воздействия, включая использование нейролептиков.

Процесс психопатологизации носит обобщающий, онтологический характер и по существу претендует на пересмотр самой природы аддитивных расстройств. Сторонники такого подхода приписывают клиническим наркологическим феноменам психопатологические характеристики не в качестве потенциально возможных, а в качестве базовых, облигатных и имманентных. По-прежнему отстаиваются представления о том, что наркомания (в частности, опиоидная зависимость) характеризуется психопатологическими симптомами и синдромами психотического уровня [2, 4–7, 25, 26], что динамика аддитивного заболевания имеет клинические характеристики эндоформного процесса, а «синдром патологического влечения вписывается в общий стереотип развития симптоматики аффективно-бредовых психозов и может рассматриваться как частный случай подобного психоза» [4] и даже, что «наркомания – третье эндогенное заболевание» [6]. Данная позиция отражена во множестве публикаций в центральных отечественных журналах [8, 10, 34].

К примеру, опубликованная не так давно Л.Н. Благовым в журнале «Наркология» (2013, № 2) [4] статья продолжает разработку этого насчитывающего десятилетнюю историю направления, усиливает и доводит до гротеска позицию психопатологической доктрины. Автор на основании анализа

клинических наблюдений пытается убедить специалистов в том, что опиоидная зависимость в своей развернутой стадии характеризуется такими симптомами и синдромами, как: негативная симптоматика, аутизация, «выхолащивание и нивелировка эмпатии», негативизм, «психический дефект», качественные расстройства мышления (символизм, резонерство, неологизмы, «коммуникативная диссолюция»), «идеаторно-поведенческая диссоциация», «регрессия энергетического потенциала», парабулия и гипобулия, «наркоавтоматизм и наркостереотипии», паранойяльный сверхценный бред. Таким образом, Л.Н. Благов и другие специалисты обнаруживают у больных опиоидной зависимостью широкий набор симптомов шизофренического спектра.

Возникает вопрос, на основании каких доказательных дифференциально-диагностических процедур у больных с опиоидной зависимостью определяют наличие, к примеру, резонерства (признающегося симптомом шизофренического спектра), а не обозначают данный феномен термином «демагогия» (относящийся к личностным особенностям)? Или почему называют астенические расстройства «регрессией энергетического потенциала» или определяют термином «паранойяльный сверхценный бред» реально существующее патофизиологическое влечение больных к ПАВ? Неубедительной представляется точка зрения о том, что «по богатству и разнообразию «синдромальной палитры» аддитивные заболевания ничуть не уступают и даже превосходят эндогенные» [34]. Классические психиатры вряд ли согласятся с таким мнением.

Удивляет стремление представителей отечественной академической наркологии вопреки известным диагностическим критериям зависимости, представленным в современных классификациях (МКБ и DSM), голословно утверждать, что в клинической картине больных с опиоидной зависимостью имманентно представлены позитивные и негативные психопатологические симптомы шизофренического спектра.

Статьи многих отечественных наркологов, ориентирующихся на психопатологическую доктрину, изобилуют теоретическими построениями, новой терминологией и противоречивыми рекомендациями. При этом отсутствуют научные доказательства заявленной позиции о том, что опиоидная зависимость является психическим заболеванием с психотическим уровнем расстройств и эндоформными закономерностями развития процесса.

Ранее нами анализировалась ошибочность подобной интерпретации феноменологии опиоидной зависимости и указывалось на умозрительность предлагаемых теоретических построений [19–21, 23, 24]. Существующая доктрина описывает аддитивное расстройство исключительно в психопатологических терминах. Этот подход игнорирует современные достижения нейронаук и результативность терапии, не основанной на психопатологических концепциях и подтвержденных данными из Кохрейновской библиотеки.

Эти авторитетные в научном мире Кохрейновские обзоры многие российские специалисты игнорируют. Связано это не только с конспирологическими страхами и морализаторскими установками [22, 42, 43], но и с доминированием психопатологической доктрины. Многие отечественные ученые с большим подозрением относятся к внедрению принципов доказательной медицины в наркологию и психиатрию, на что указывают аналитические обзоры последнего времени [12, 15, 16, 24]. Либо утверждают, что «клинический опыт важнее» [8], либо отмечаются попытки принизить значение принципов надлежащей клинической практики. Так, в частности, А.Г. Гофман [8] утверждает, что «существуют другие [объективные] методы доказательной медицины», не использующие требования доказательного дизайна, при этом плацебо-контролируемые исследования автор называет «аморальными и не соответствующими принципам деонтологии». Показательным в этом отношении выглядит методология обоснования использования нейрорептинов для фармакотерапии зависимости, описанная В.Б. Альшулером [3]. Автор утверждает, что «косвенное доказательство эффективности такого подхода — сохранение антипсихотиков в арсенале средств психофармакотерапии наркологических заболеваний... ибо лечебная практика, в конечном счете, неизбежно отмечает все бесполезное и вредное» (?!). Таким образом, вопреки множеству печальных примеров в истории медицины, авторы продолжают утверждать, что существующая клиническая практика важнее принципов научной доказательности и, что косвенные аргументы убедительнее объективных данных, полученных в результате корректных исследований.

В связи с изложенным стоит обратиться к наукометрическим исследованиям, например, С.В.Трущелева [32], обнаружившего, что среди современных научных публикаций в области отечественной психиатрии велика доля методически упрощенных подходов к анализу данных, значителен объем описательных изысканий, нерандомизированных исследований, что свидетельствует о вероятности большого количества систематических ошибок.

На базе недоказательной психопатологической доктрины в отечественной наркологии разработана и внедрена тактика лечения опиоидной зависимости, юридически закреплённая в стандартах терапии. В настоящее время в РФ приняты новые стандарты оказания наркологической помощи, основанные, как и прежде, на препаратах с недоказанной эффективностью [14, 24, 31]. Включенные в стандарты лекарственные средства в нарушение правил не имеют указаний на уровень убедительности доказательств их эффективности и безопасности. Они нарушают принципы, отраженные в Национальном стандарте РФ ГОСТ 52600-2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения» (от 5 декабря 2006 г. №288-ст), в котором указано, что «для обоснования включения в протокол методов профилактики, диагностики,

лечения и реабилитации должны быть использованы результаты научных исследований... с указанием уровня убедительности доказательств».

На значимость доказательных клинических исследований в разработке стандартов диагностики и лечения наркологических заболеваний неоднократно указывали ведущие российские специалисты [14, 31]. В реальности утверждения о необходимости широкого внедрения принципов доказательной медицины в отечественную наркологию при выработке стандартов лечения, как правило, опровергаются уровнем организации большинства исследований, проводимых в российской наркологии и качеством научных публикаций [1].

Отечественные стандарты терапии психических расстройств (шизофрении, биполярного аффективного расстройства, личностных и невротических расстройств и др.) идентичны общемировым и демонстрируют сходство понимания этиопатогенетических механизмов и единые теоретические позиции ученых. В отличие от психиатрии стандарты лечения в отечественной наркологии по кардинальным характеристикам противоречат общемировым. Для средств, указанных в отечественных стандартах (антипсихотики, антидепрессанты, антиконвульсанты и эмоционально-стрессовая психотерапия), отсутствует доказательная база. Кохрейновские обзоры и метаанализы указывают на это недвусмысленно [36, 45, 46]. Не так давно появились данные об эффективности налтрексона в различных формах [41], хотя до этого вопрос оставался открытым [40, 47]. Научно обоснованными в мировой наркологии для терапии опиоидной зависимости признаны лишь агонисты и частично антагонисты опиоидов [38, 44, 48], первые из которых включены ВОЗ в список «Основные (незаменимые) лекарственные средства» [28]. Их эффективность и безопасность неоднократно доказана в корректно построенных экспериментах.

Позиция ряда ведущих отечественных наркологов, считающих наркотическую зависимость психотическим расстройством со сверхценным или чувственным бредом и другими симптомами эндоформного регистра, заложившая основу стандартов терапии, представляется неподтвержденной гипотезой, а не научным фактом. В области мировой аддиктологии научными методами изучаются различные модели (гипотезы) происхождения наркологических расстройств: условно-рефлекторные, когнитивные, психобиологические, психологические, мотивационные [11, 24]. На современном этапе нет оснований отвергать экзогенно-органический характер аддиктивных расстройств.

Приходится констатировать, что психопатологическая гипотеза (доктрина) этиопатогенеза наркологических заболеваний игнорирует многочисленные научные данные, в том числе полученные с использованием техник нейровизуализации, подтверждающие патофизиологический (нейроадаптационный) базис аддиктивных рас-

стройств [24, 48]. Предлагаемая представителями московской наркологической школы доктрина построена исключительно на субъективистских интерпретациях хорошо известных клинических проявлений зависимого поведения. Такой подход заметно контрастирует с доминирующим в мировой науке трендом в сторону максимальной объективизации и формализации психопатологической феноменологии, способа формирования единого языка науки, без которого клинико-психопатологические изыскания остаются в плену доморощенных представлений.

Несмотря на то, что доказательные аргументы в психиатрии по сравнению с другими медицинскими дисциплинами имеют определенную специфику, общим правилом признается необходимость соблюдения основополагающих принципов для подтверждения выдвигаемой гипотезы. В сфере диагностики к ним относится требование неукоснительного следования стандартным и общепринятым критериям, алгоритмам диагностики с использованием международных классификационных систем (МКБ, DSM). Обязательным во всех случаях, где это можно, является психометрическая оценка психопатологических симптомов, что достигается использованием валидизированных шкал и опросников с необходимым и доказанным уровнем их надежности [35].

Учитывая то, что многие психические расстройства не могут достоверно фиксироваться лабораторными или техническими средствами и имеют лишь описательные характеристики, для «чистоты эксперимента» исследуемое расстройство требуется «типизировать» на основании его описания. Другими словами, при невозможности использования квантифицированных или иным способом формализованных данных в клинической психиатрии принято прибегать к консенсусу экспертных оценок.

Существующая в отечественной наркологии психопатологическая доктрина не находит под-

держки ни в среде российских психиатров [27, 30, 31], ни среди зарубежных коллег-наркологов. Впрочем, эта концепция до сих пор не презентовалась ни на международном уровне, ни в российском психиатрическом сообществе. Оставаясь научно уязвимой, она принципиальным образом расходится с канонами клинической психиатрии.

В этом плане безусловно резонансным было бы «открытие» Е.А.Брюна, заявившего, что наркомания является «третьим эндогенным заболеванием» [6]. Как известно, под эндогенными психическими заболеваниями понимаются расстройства, обусловленные преимущественно внутренними, прежде всего, наследственно-конституциональными факторами при второстепенном, порой неопределяемом влиянии внешних воздействий. Проводя параллель между опиоидной зависимостью и расстройствами шизофренического спектра, Е.А.Брюн опровергает устоявшееся в науке представление о том, что развитие наркомании связано с употреблением ПАВ и без этого проявиться не может. Сходного взгляда на патогенез опиоидной зависимости как эндоформного процесса придерживается Л.Н.Благов [4]. Он, в частности, утверждает, что «устранение интоксикационного фактора (депривация интоксикации) не играет существенной роли в прогнозируемо-неизбежном прекращении зависимого поведения и не устраняет психопатологию этого поведения».

Таким образом, можно констатировать, что доминирование в отечественной наркологии психопатологической доктрины с интерпретацией опиоидной зависимости как эндоформного психоза противоречит канонам клинической психиатрии, а стандарты терапии наркологических заболеваний, основанные на доктрине, игнорируют принципы доказательной медицины. Все это привело к самоизоляции российской наркологии и к противопоставлению ее другим медицинским специальностям, функционирующим в рамках научной парадигмы.

Литература

1. Айзберг О.Р. Этическая обоснованность научных исследований в области наркологии – идеал, процедуры и реальность. / На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). — М. — 2008. — С. 100–110.
2. Альтишулер В.Б. В Национальном руководстве по наркологии. — М. — 2008/ — 720 с.
3. Альтишулер В.Б. Психофармакотерапия патологического влечения к психоактивным веществам на перекрестье разных мнений. //Вопросы наркологии. — 2012. — № 5. — С. 96–105.
4. Благов Л.Н. Психопатология коммуникации на этапах дебюта и клинической манифестации аддиктивного заболевания (на клиническом примере опиоидной наркомании). //Наркология. — 2013. — № 2. — С. 82–95.
5. Брюн Е.А. Без «недобровольной» госпитализации не обойтись. — Медицинская газета. — № 93. — 02.12.2011.
6. Брюн Е.А. Краткий комментарий к письму В.Д. Менделевич в Российское общество психиатров (РОП) //Вопросы наркологии. — 2011. — № 6. — С. 116–121.
7. Брюн Е.А., Михайлов М.А. Психопатология патологического влечения с преобладающим телесным компонентом. //Вопросы наркологии. — 2011. — №2. — С.26–37.
8. Гофман А.Г. Проблемы наркологии. Рецензия на книгу В.Д.Менделевича и М.Л.Зобина «Аддиктивное влечение». //Наркология. — 2013. — №1. — С. 90–98.
9. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. — М.: «ГЭОТАР». — 2006.
10. Дискуссия по вопросам наркологии на сайте РОП. Сайт Российского общества психиатров. <http://psychiatr.ru/news/29>.
11. Зобин М.Л. Теоретические модели аддиктивно-го влечения: связь с механизмами зависимости

- и лечением. Обзор. Часть 3//Неврологический вестник. — 2012. — №1. — С. 49–58.
12. Зорин Н.А. В одну телегу впрячь не можно коня и трепетную лань. http://osdm.msk.ru/publ/Zorin_NA_reply_to_Ghaemi_SN.pdf
 13. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. /Руководство по наркологии. — М., Медпрактика. — 2002. — Т.2. — С. 6–24.
 14. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. Принципы доказательной медицины в аддиктологии. /Руководство по аддиктологии. — СПб: «Речь». — 2007. — С. 140–150.
 15. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза). //Психиатрия и психофармакотерапия. — 2011. — № 4.
 16. Мартынихин И.А. Клинический подход и доказательная медицина. Часть 1. Столкновение парадигм. //Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — № 6.
 17. Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур. // Наркология. — 2005. — №1. — С. 56–64.
 18. Менделевич В.Д. Недобровольное (принудительное) и альтернативное лечение наркомании: дискуссионные вопросы теории и практики// Наркология. — 2007. — Т. 6. — № 7. — С.66–75.
 19. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред //Вопросы наркологии. — 2010. — №5. — С. 95–102.
 20. Менделевич В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии//Независимый психиатрический журнал. — 2010. — №3. — С. 21–27.
 21. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка. //Наркология. — 2010. — №5. — С. 94–100.
 22. Менделевич В.Д. Альтернативность биоэтических предпочтений российских и иностранных наркологов//Неврологический вестник. — 2011. — №1. — С.38–46.
 23. Менделевич В.Д. Отечественная психопатологическая концепция «патологического влечения к наркотикам» как научный казус//Неврологический вестник. — 2012. — № 3. — С. 3–11.
 24. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. — М.: «МЕДпресс-информ». — 2012. — 264 с.
 25. Михайлов М.А. Влечение как бред. //Вопросы наркологии. — 2010. — № 4. — С. 15–26.
 26. Михайлов М.А., Брюн Е.А. Психопатология патологического влечения с преобладающим аффективным компонентом//Вопросы наркологии. — 2011. — № 6. — С. 32–47.
 27. Обращение в Российское общество психиатров. <http://psychiatr.ru/news/29>
 28. Основные лекарственные средства. Эталонный список ВОЗ, издание 14-е переработанное, март 2005 — www.who.int/hq/2005/a87017_rus.pdf
 29. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012, № 566н «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». <http://psychiatr.ru/news/91>
 30. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. — М.: Медицина. — 2008. — 640 с.
 31. Сиволап Ю.П. К вопросу о рациональном лечении в наркологии//Наркология. — 2011. — №12. — С. 79–81.
 32. Трущелев С.В. Совершенствование методических подходов в исследованиях проблем организации и оказания психиатрической помощи населению. Дисс.канд. М. — 2008. — 145 с.
 33. Чирко В.В., Демина М.В., Винникова М.А. с соавт. Психопатологические проявления созависимости в клинике наркомании. /Пособие для врачей. — М. — 2005. — 15 с.
 34. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада // Наркология. — 2009. — № 7. — С. 77–85.
 35. Шмуклер А.Б. Доказательные исследования в психиатрии: анализ практической значимости. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — № 5.
 36. Amato L., Minozzi S., Pani P.P., Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. 2010. <http://summaries.cochrane.org/CD006306/antipsychotic-medications-for-cocaine-dependence>.
 37. Ghaemi S.N. The case for, and against, evidence-based psychiatry. //Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2009. — V.119. — № 4. — P. 249–251.
 38. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, WHO, 2009.
 39. Gupta M. Does evidence-based medicine apply to psychiatry? //Theoretic Med and Bioethics. — 2007. — V. 28. — P. 103–120.
 40. Kirchmayer U., Davoli M., Verster A. et al. A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in Opioid dependence. // Addiction. — 2002. — № 10. — P. 1241–1249.
 41. Krupitsky E., Nunes E.V., Ling W., Illeperuma A., Gastfriend D.R. Et al. Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: a double-blind, placebo-controlled, multicentre randomised trial. // Lancet. — 2011. — № 4. — P. 1506–1513.
 42. Mendelevich V.D. Bioethical preferences of supporters and opponents of agonist opioid therapy in Russia. //Heroin Addiction and Related Clinical Problems. — 2010. — V.12 (3). — P. 33–38.
 43. Mendelevich V. Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation //Harm Reduction Journal. — 2011. — V. 8. — P.15 (June).
 44. Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate dependent pregnant women. 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425946>

45. *Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M., Kirchmayer U., Verster A.* 1999; <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001333.html>;
46. *Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M.* *Anticonvulsants for alcohol withdrawal // Cochrane Database of Systematic Reviews.* — 2010. — Issue 3. Art. No.: CD005064.
47. *Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M., Kirchmayer U., Verster A.* Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2011_
48. *National Institute on Drug Abuse. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction, revised edn.* Washington DC: National Institute on Drug Abuse, 2008.

Сведения об авторе

Владимир Давыдович Менделевич – д. м. н., профессор, завкафедрой медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья. E-mail: mend@tbit.ru