

---

---

ненным фактором риска ИБС, требующим учёта и коррекции, часто сочетается с ожирением.

*Психологические и социальные факторы* предрасположенности к ИБС играют большую роль в её клинических проявлениях и течении. У лиц с поведенческим типом А чаще наступают обострения заболевания из-за неадекватных нагрузок, превышающих возможности коронарного кровообращения. Выполнение несоответствующей социальной роли является одной из важных причин хронического психоэмоционального стресса, ведущего к прогрессированию ИБС.

*Алкоголь*, как фактор риска, играет решающую роль в плане внезапной смерти. Он прочно связан с рядом других факторов риска (курение, ожирение, низкая физическая активность).

В качестве фактора риска ИБС может быть рассмотрена также неблагоприятная наследствен-

ность. Генеалогические исследования убедительно показывают, что в семьях больных ИБС больных родственников гораздо больше, чем в семьях здоровых. Предрасположенность к заболеванию передаётся путём наследования многих факторов – гиперхолестеринемии, склонности к артериальной гипертензии, нарушениям углеводного обмена и гормональным нарушениям, нарушениям в системе тромбообразования вплоть до особенностей личности и структуры коронарных артерий.

Выявление нескольких факторов риска у одного пациента – сигнал о необходимости всестороннего обследования на предмет диагностики ИБС.

Наконец, выявление факторов риска необходимо для того, чтобы правильно организовать лечение, которое предусматривает противодействие факторам риска ИБС.

## ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

М.К. Нуркимбаев

г. Павлодар

В практике врача специализированной бригады «Скорой медицинской помощи» основную часть вызовов составляют лица, страдающие психическими заболеваниями. Число лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, увеличивается и распространённость психических заболеваний растёт. Одну из категорий таких больных составляют лица пожилого и старческого возраста, чему способствуют демографические процессы, в частности рост средней продолжительности жизни. Психиатр, приехавший на вызов, решает вопрос о госпитализации или других мерах неотложной помощи в зависимости от состояния больного. Во время беседы с больным и с родственниками, если таковые имеются, они получают:

- рекомендации и инструкции об уходе и надзоре за больным;
- об использовании назначенных медикаментов и дальнейшем лечении;
- куда обратиться в случае ухудшения состояния.

Обслуживание данных вызовов иногда бывает затруднительным в плане тактики, диагностики, решения вопросов госпитализации, соблюдении правовых норм. Большая часть больных, при первичном обращении остается дома, госпитализируются больные при повторных вызовах или по направлению участкового психиатра.

Изучением, диагностикой, профилактикой занимается геронтологическая психиатрия. Инволюционные психозы объединяют группу психических за-

болеваний, манифестирующих в инволюционном периоде (45-60 лет) и в старости (поздние варианты инволюционных психозов), которые не приводят к слабоумию т.е. являются функциональными.

Нозологическая самостоятельность инволюционных психозов остается спорной. К пресенильным психозам относят.

- 1) инволюционные депрессии (меланхолии), в том числе злокачественно протекающий вариант (болезнь Крепелина);
- 2) инволюционные бредовые психозы;
- 3) кататонические и галлюцинаторные психозы позднего возраста.

Диагностика инволюционных психозов только по клинической картине оказалась во многих случаях несостоятельной.

### Этиология и патогенез

Имеют значение преморбидный склад личности (ригидность, черты тревожной мнительности и т.п.), предшествующие психозу ситуационные и психотравмирующие факторы, нетяжелые, но снижающие сопротивляемость организма соматические заболевания и др. Роль перечисленных факторов оказалась при всех психических заболеваниях позднего возраста значительнее, чем при психозах среднего возраста. Предположение о патогенетической роли связанных с инволюцией эндокринных факторов не получило подтверждения.

---

---

Инволюционная депрессия (меланхолия) – это затяжная тревожная или тревожно-бредовая депрессия, впервые возникшая в инволюционном возрасте. Однократный (монофазный) характер заболевания является существенным критерием диагностики.

Клиническая картина складывается из подавленного настроения, тревожного возбуждения со страхом, вербальных иллюзий, бреда осуждения и бреда Котара. Манифестирующие в старости формы заболевания называют «поздними депрессиями». Они наблюдаются преимущественно у женщин. Началу заболевания в 80-90% случаев предшествуют вредности, чаще всего, психогении. Инициальный период психоза может продолжаться от нескольких недель до года и определяется атипичной депрессией с вялостью, дисфорией и ипохондрическими расстройствами. В дальнейшем наступает обострение: тревога, агитация, идеомоторное возбуждение. У старческих больных тревожно-депрессивный аффект обычно сочетается с раздражительностью или злобой. Быстро присоединяется депрессивный бред различных форм (идеи самоуничтожения, самообвинения, осуждения, разорения или ипохондрические). В структуре психоза может наблюдаться картина тревожно-ажитированной депрессии со страхом, двигательной агитацией, тревожной вербигерацией и выраженными нарушениями адаптации (усиление тревоги при перемене места). В состоянии тревожного возбуждения больные могут импульсивно наносить себе тяжелые повреждения и совершать серьезные суицидальные попытки. Ажитация может чередоваться с состоянием оцепенения (депрессивный ступор). Усложняет психоз бредовая симптоматика, возникают депрессивные идеи громадности, ипохондрически-нигилистический бред (различные варианты синдрома Котара). Часто встречаются соответствующие господствующему аффекту вербальные иллюзии или галлюцинации. Такой сложный депрессивный синдром может длиться 2-3 года. Затем клиническая картина стабилизируется, становится все более однообразной. Если не удастся вызвать терапевтическую ремиссию, то постепенно уменьшается интенсивность аффективных нарушений, ослабевают тревога и страх, редуцируются все психотические расстройства. Иногда в течение многих лет наблюдаются монотонная тревога и явления редуцированного двигательного беспокойства. Бывают признаки регресса поведения (прожорливость, неряшливость и др.) и снижение уровня психической деятельности, в том числе дисмнестические расстройства.

Злокачественный пресенильный психоз (болезнь Крепелина) – это заболевание протекает с резким тревожным возбуждением и растерянностью, бессвязностью речи, онейроидным помрачением сознания, иногда с неистовым возбуждением, за которым следуют кахексия и смерть. Эта тяжелая форма

тревножно-ажитированной меланхолии в настоящее время встречается исключительно редко.

### **Простые депрессии**

Развитие и содержание простых депрессий тесно связаны с ситуационными и реактивными моментами. Хотя и при них преобладает тревожная окраска сниженного настроения, и большое место занимают ипохондрические опасения, стойкие бредовые расстройства и агитация, как правило, отсутствуют. Их прогноз, в целом, благоприятен, но все же нередко они переходят в стойкие субдепрессивные состояния с угрюмостью и повышенной ипохондричностью.

### **Инволюционные бредовые психозы**

Галлюцинаторно-параноидные психозы позднего возраста с отчетливой тенденцией к синдромальному усложнению, в частности - к развитию психического автоматизма, при катанестической проверке в большинстве оказались поздно манифестирующими или обостряющимися формами шизофрении. Клинико-нозологическая самостоятельность определенных групп поздних бредовых психозов остается спорной.

Инволюционная паранойя. Течение заболевания хроническое (до нескольких лет) или волнообразное. Клиническая картина определяется систематизированным монотематическим параноидальным бредом в виде то идей ревности (преимущественно у мужчин), то идей ущерба (чаще у женщин) или преследования. Такие психозы богаты аргументацией и бредовыми интерпретациями; постепенно развивается детально разработанный бред. Бред распространяется и ретроспективно (бредовое переосмысление фактов прошлого). Больные отличаются стеническим, чаще приподнятым, аффектом, оптимизмом, проявляют высокую бредовую активность по типу «преследуемого преследователя». Эти психозы обычно не сопровождаются значительными изменениями личности и не переходят в органическое снижение.

Инволюционный параноид («поздний параноид»), параноид малого размаха или обыденных отношений) возникает чаще у лиц с чертами параноидальности и ригидности в преморбиде. Течение таких психозов бывает затяжным или волнообразным. Клиническая картина параноида определяется «маломасштабным» бредом преследования (вредительства, притеснения), отравления и ущерба, который обозначается так же, как бред малого размаха или обыденных отношений. Бред направлен преимущественно против конкретных лиц из окружения больного (члены семьи, соседи) или людей, с которыми «преследователи» могут быть связаны (работники милиции, врачи и т.п.). Как правило, бред система-

тизируется, хотя бредовая система остается простой и конкретной. Преследования трактуются обычно в плане ущерба (попытка лишить больного комнаты, порча имущества и т.п.). Отмечаются отдельные вербальные иллюзии, реже вербальные галлюцинации.

Довольно часто присоединяется бред отравления с обонятельными обманами (запахи газов, ядовитых веществ) и бредовой трактовкой различных соматических ощущений. Одновременно развиваются разоблачительные идеи, направленные против преследователей (те же соседи совершают «темные дела»). Поведение больных становится все более бредовым, нередко с сутяжной борьбой. Настроение бывает временами тревожным и подавленным, но преобладает оптимизм. После смены места жительства бредовая продукция, как правило, временно прекращается, но коррекции бреда не наступает. Вне сферы бреда больные сохраняют обычные социальные связи, обслуживают себя, полностью ориентируются в бытовых вопросах. Даже при длитель-

ном течении заболевания, выраженные психоорганические расстройства не развиваются. Личностные изменения ограничиваются нарастающей подозрительностью и конфликтностью.

Не всегда вызова к таким пациентам считаются законченными. Есть необходимость в проведении совместных конференций с сотрудниками Областного психоневрологического диспансера (ОПНД) и Станции скорой медицинской неотложной помощи (ССМНП), в разработке обоснованных рекомендаций для улучшения психиатрической помощи лицам позднего старческого возраста, страдающим различными психическими расстройствами. Также необходимы более четкие показания для направления психических больных старческого возраста в геронтологическое отделение, которого в г. Павлодаре, кстати, нет. На мой взгляд, целесообразно открытие, хотя - бы 10 койко-мест для таких больных в отделении при ОПНД, интернатах для психохроников и другие внебольничных учреждениях.

#### **Литература:**

1. Авербух Э.С. *Расстройства психической деятельности в позднем возрасте.* – М.: Медицина, 1968.
2. Тиганов А.С. *Руководство по психиатрии.*
3. Шахматов Н.Ф. *Психическое старение.* – М., 1996.
4. Штернберг Э.Л. *Геронтологическая психиатрия.* – М.: Медицина, 1977.

## **ПРОБЛЕМА ИГРОМАНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЕЁ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА**

М.К. Нуркимбаев

г. Павлодар

*Киберпространство (от англ. - cyberspace) - метафорическая абстракция, используемая в философии и в компьютерах, является (виртуальной) реальностью, которая представляет Ноосферу - Второй мир, как «внутри» компьютеров, так и «внутри» компьютерных сетей.*

В психиатрии уже давно существует специальный термин для психических нарушений, связанных с пристрастием к играм, - игромания. Этой проблемой врачи начали заниматься еще в конце XIX столетия, на которое пришелся пик популярности карточных игр, но научную базу под эту проблему подвели только во второй половине XX века. Правда, надо сказать, по сравнению с другими психическими болезнями игромания еще очень мало изучена.

Игромания - это болезнь, связанная с пристрастием к азартным играм, в том числе к играм в казино и в игровые автоматы, в карты и в компьютерные игры. Игромания может проявиться как болезнь в чистом виде и, что случается гораздо чаще, как один из симптомов другой психической

болезни. Что касается непосредственно компьютерных игроков, то в большинстве случаев болезнь возникает у тех, кто предрасположен к психическим заболеваниям, то есть у людей с аномалией развития личности, когда человек имеет врожденные качества, не характерные для большинства людей. Например, он излишне застенчив или излишне вспыльчив. Между этим словом и словами «одержимость», «диагноз», «болезнь» можно поставить знак равенства. От этой болезни трудно вылечиться. Она рушит судьбы, уносит жизни, но по-прежнему не все хотят от неё избавиться...

Национальная ассоциация США по проблемам азартных игр отмечает, что любой житель планеты может стать игроголиком с вероятностью 48%. Для сравнения: вероятность стать алкоголиком оценивается в 34%, а уголовным преступником - в 6%.

Игромания или игровая зависимость - страшная болезнь, по своим последствиям сравнивая с алкоголизмом и наркоманией, а в некоторых случаях и тяжелее них. К сожалению, наше общество