

нарушения; различные экологические и климатические вредности производства и жизни; со стороны плода и новорожденного ребенка – совокупность внутриутробной гипоксии и асфиксии, раннее отхождение околоплодных вод; грязные околоплодные воды; аспирация околоплодными водами, раннее искусственное вскармливание и его дефекты и другие.

Тщательный и целенаправленный анализ информации, с учетом изученных генеалогических данных, позволил условно выделить три самостоятельных варианта патогенной почвы в преморбиде наблюдаемых больных энцефалопатией: I - отягощенность 1-й степени родства и выявленные прямо связанные 2-4 значимых соматогенных патогенных факторов. II - отягощенность 2-й степени совместно с 5-7 значимыми соматогенными патогенными факторами. III - отягощенность 3-й степени родства и наличие более 7 таких факторов. Среди всех 102 наблюдаемых больных выявлены эти варианты со следующей частотой: 1-й – 19,6%; 2-й – 44,1%; 3-й – 36,3%. Относительно чаще встречается 2-й вариант степени преморбидной отягощенности, т.е. 5-7 факторов неблагоприятного воздействия на плод и новорожденного. Встречаемость наиболее выраженной степени отягощенности (2 и 3-й варианты) составляет 73,5%, тогда как меньшей (1 и 2-й) – 26,5%, т.е. с заметной разницей, как по процентной величине, так и по количеству новорожденных в этих сочетаниях вариантов. При анализе относящихся к отличиям между этими сочетаниями для тяжелых и средне-тяжелых форм энцефалопатий, различия оказались еще более заметными (соответственно 64,7% и 35,3%).

Таким образом, приведенные результаты делают вполне очевидным тот факт, что степень отягощенности преморбидной почвы вносит, вероятно, решающий вклад не только в раннее развитие болезни, но и в ее патогенез, определяя последующую тяжесть течения заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ПОЗДНИХ ДЕБЮТОВ ШИЗОФРЕНИИ

А.И. Чеперин, Д.В. Четвериков,
С.С. Одарченко, М.И. Шеденко

КПБ им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск
Омская ГМА

E-mail авторов: pontiac@list.ru

Проблема влияния процессов старения на клинические проявления шизофренического процесса предполагает выяснение двух вопросов: видоизменение шизофренических симптомов под влиянием процесса старения и появление у боль-

ных шизофренией новых симптомов, связанных с возрастными особенностями психической деятельности. Однако разрозненные литературные данные и, главное, клиническая практика, убеждают специалистов, что поздние дебюты шизофрении – не казуистика, а клиническая реальность, требующая пристального внимания как психиатров, так и всех специалистов, работающих с соответствующими возрастными контингентами. В этой связи представляем клиническое описание данной патологии. В геронтопсихиатрическом отделении Омская клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой в 2003-05 году нами наблюдалось 37 пациенток, страдающих шизофренией. Период эскалации симптоматики протекал по ряду клинических вариантов, описание которых представлено ниже

1. Параноидный тип. В структуре бреда доминировали преимущественно пресекудорные бредовые идеи преследования, ущерба, отравления, воздействия, направленные на пациенток и/или членов семьи. Фабула бредовых переживаний преимущественно касалась различных сторон проживания больных, сближаясь таким образом с «бредом малого размаха» и параноида жилья. Следует отметить, что данная группа пациентов представляла наибольшие дифференциально - диагностические сложности, поскольку отсутствие здесь галлюцинаторных переживаний, неоформленная негативная симптоматика, присущие пресенильному возрасту когнитивные расстройства и социальное снижение могли быть рассмотрены в рамках поздних психозов нешизофренической этиологии, главным образом – болезни Альцгеймера. Выраженная негативная симптоматика, а также комплексный клинко-социальный анализ жизненного пути пациента заставляет предполагать, что наблюдаемые нами психотические состояния развивались на фоне давно существующего эндогенного процесса, протекающего на амбулаторном уровне.

2. Галлюцинаторно-параноидный тип. В данных случаях речь идет о приступах шизофрении по типу синдрома Кандинского-Клерамбо. Мы наблюдали затяжные приступы полиморфной структуры, клиническая картина которых на начальных этапах представляла короткий период недифференцированной тревоги, протекающей с нарушениями сна, пищевого поведения и моторной возбужденности, к которой весьма быстро присоединялся параноидный компонент. На этом этапе происходила ретроспективная оценка предшествующего периода жизни пациента, многочисленные «догадки» в их особом отношении к пациенту складывались в стройную бредовую систему. Отметим характерную особенность данных расстройств. На данном этапе происходило лавинообразное расширение бредовых переживаний.

3. Параноидный тип с алкоголизацией. Данный тип поздних дебютов шизофрении представлял наибольшие дифференциально - диагностические сложности, поскольку коморбидная структура психоза включала себя как тревожно-депрессивный компонент, невыраженный в вышеописанных ситуациях, так и алкогольную, и собственно эндогенную симптоматику. Дебют развивался на фоне хронической алкогольной интоксикации, которая у данного контингента, в целом, характеризовалась малой толерантностью при постоянном одиночном приеме крепких спиртных напитков. Связанные с пожилым возрастом стрессы – трудности с сохранением занятости, снижение социального и профессионального статуса, утрата близких, вдовство, одиночество часто являлись формальными поводами к увеличению потребления алкоголя или приобщения к нему, усиливая или провоцируя аффективные расстройства, которые, как мы предполагаем, наблюдались в prodrome шизофренического приступа до 3 лет. Возрастной социальный дискомфорт часто преодолевался с помощью легального и общедоступного «адаптогена» – алкоголя. Исчезновение с выходом на пенсию целого ряда сдерживающих социальных факторов, таких как необходимость выходить на работу в трезвом виде, рано просыпаться и т.д. способствовало быстрому формированию у пожилых лиц систематического злоупотребления алкоголем в отличие от трудоспособных возрастов.

Вышеизложенное показывает, что и в позднем возрасте наблюдается эксацербация шизофрении, что, несомненно, оказывает влияние как на выбор врачебной тактики, так и на прогноз заболевания. Отметим, что бредовые идеи у данного контингента психически больных отличались чрезвычайной стойкостью, монотонностью, отсутствием значимого аффективного компонента в структуре бреда. Соответственно, мы наблюдали низкую комплаентность, которая усиливалась выраженными побочными эффектами антипсихотических средств, причем как при лечении традиционными нейролептиками, так и при использовании препаратов последней генерации. Проблема поздних дебютов шизофрении актуальна также в реабилитационном аспекте, поскольку традиционные психореабилитационные мероприятия малоэффективны как в силу личностных особенностей пожилых пациентов, так и установками родственников больных. Отсутствие значимых социальных ресурсов, определенное сглаживание социального ущерба, психологизация населением психотической симптоматики, односторонний взгляд на любые проявления психического неблагополучия через призму возрастных изменений повышает актуальность данной проблемы. Эти обстоятельства вкупе со сложностями дифференциальной диагностики и кура-

ции требует дальнейшего изучения проблемы и разработки новых психофармакологических и психореабилитационных технологий психиатрического сервиса в этой группе.

НАРКОЛОГИЯ

РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ И КОМОРБИДНАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Н.Е. Буторина, Г.Г. Буторин

Уральская ГМАДО, Челябинск
Челябинский ГПУ

E-mail авторов: g_butorin@mail.ru

Как свидетельствуют данные специальной литературы, в настоящее время увеличилось число исследований, посвященных раннему алкоголизму, что обусловлено возросшим ростом его распространенности среди несовершеннолетних. Известно, что алкоголизм оказывает токсическое воздействие на многие системы организма, а осложнения, им вызванные, включают разнообразные соматоневрологические, эмоциональные и поведенческие нарушения, частота которых высока и развивается на любом этапе заболевания, особенно в подростковом возрасте. Феномен коморбидности – сосуществование двух и/или более синдромов или заболеваний у одного пациента (син.: соболезенность, сочетанность, сосуществование) представляет для раннего алкоголизма серьезную проблему и требует раннего диагностирования, поскольку позднее выявление коморбидных расстройств и их несвоевременная терапия лежат в основе неблагоприятной динамики и нарастания трудностей социальной адаптации у подростков с ранним алкоголизмом.

По мнению О.Л. Нуллера (1997), интерес к проблеме коморбидности обусловлен тем, что формализация диагностических критериев в классификациях DSM-IV и МКБ-10 привела к тому, что у части больных симптоматика не укладывалась в рамки одной нозологической единицы, что создавало возможность диагностирования двух психических расстройств одновременно. В этих случаях, чтобы решение диагностической задачи и дальнейшее планирование лечебно - профилактических и реабилитационных мер с позиций биопсихосоциального подхода были достаточно адекватными,