Проведено морфологическое исследование биоптатов СОЖ у детей с ХГДП, ассоциированной с *H.pylori*. Для выявления связи гистологических изменений СОЖ при хеликобактериозе с возрастом пациента сравнивались группы детей 12-14 и 15-17 лет.

Характерными признаками хеликобактерной инфекции является наличие эрозий, относящихся к числу эндоскопических маркеров хеликобактерной инфекции, обнаруженных при обследовании наших пациентов. У всех пациентов с высокой степенью колонизации *H.pylori* при проведении эндоскопического исследования эрозии, локализованные на слизистой желудка, были выявлены практически у всех обследуемых.

В 33,9% случаев эрозии наблюдались при умеренной степени колонизации *H.pylori*. При сравнительно слабых показателях инфицирования слизистой оболочки желудка *H.pylori* эрозии были обнаружены у 8,1% пациентов, а у 91,9% пациентов в этой группе они не обнаруживались вообще.

Вывод. Высокая степень колонизации *H.pylori* достоверно коррелирует с наличием эрозивных поражений.

1. Cukanov V.V., Amel'chugova O.S., Butorin N.N., Tret'jakova O.V., Vasjutin A.V. Sovremennye aspekty jeradikacii *Helicobacter pylori*. *Terapevticheskij arhiv*. 2013; 2: 73-75. [in Russian].
2. Lee HJ, Kim JI, Lee JS. Concomitant therapy achieved the best eradication rate for *Helicobacter pylori* among various treatment strategies. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(1): 351-359
3. Megraud F, Coenen S, Versporten A, Kist M, Lopez-Brea M, Hirschl AM et al. *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. *Gut*. 2013; 62(1): 34-42.
4. Miftahussurur M, Yamaoka Y. Appropriate firstline regimens to combat *Helicobacter pylori* antibiotic resistance: an Asian perspective. *Molecules*. 2015; 20(4): 6068-6092.

Афанасьев С.О., Пальчиков М.А.

Течение параноидной шизофрении коморбидной с токсикоманией ПАВ: клинический случай

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/spc-15-05-2019-04

idsp: sciencepublic-15-05-2019-04

Резюме. Коморбидность - наличие двух или более нозологий или синдромов у одного пациента, которые взаимосвязаны между собой по патогенезу или совпадают по времени. Также ряд авторов рассматривает коморбидность как сочетание двух или нескольких самостоятельных нозологий ни одно из которых не является следствием другого. Среди больных психиатрического и наркологического профиля в последние годы возросло число пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в сочетании с нозологиями шизофренического спектра. По современным данным литературы в России распространенность шизофрении составляет до 9,59 на 1000 населения. В психиатрических больницах около двух третей пациентов имеют диагноз шизофрении, а на учете в психоневрологических диспансерах данный диагноз выставлен у пятой части больных. Распространенность шизофрении по данным одного из районов г. Москвы - 6 на 1000 населения, заболеваемость - 2 на 10 000 населения. По данным американской литературы заболеваемость на 1000 человек равна 7,2 (в 1984 г.), а из всех живущих в США людей больны или в течение своей жизни заболеют шизофренией примерно 3,7 млн. человек (1,5% населения). В каждый данный момент времени шизофренией больны около 1,8 млн. человек,

что составляет 1% от общего числа взрослых старше 18 лет. Число больных с синдромом зависимости от наркотических веществ составляет от 10 до 25 %. Отмечается устойчивая тенденция к повышению данных цифр в последнее время. Если в работах 1950—1960-х годов говорилось о 2-4 % больных шизофренией, имеющих наркотическую зависимость, то в последние годы эти показатели выросли до 20-25 % соответственно.

Вопросу коморбидности эндогенных заболеваний и синдрома зависимости от наркотических веществ в последние годы уделяется повышенное внимание в материалах различных психиатрических изданий, что отражает важность и злободневность данной тематики.

Отклоняющееся поведение больных подростковой шизофренией является результатом синергического взаимодействия различных факторов – онтогенетических, психопатологических, психологических, биологических и социальных, создающих предпосылки для формирования социальной дезадаптации. Тема аддиктивных расстройств интенсивно разрабатывается, дискутируется и развивается в основном в рамках биомедицинской парадигмы. Предполагается, что в основе аддиктивных расстройств «лежат» общие механизмы, важным следствием наличия которых является возможность легкого перехода от одной формы аддикции к другой, причем нередко этот переход может восприниматься как «выздоровление». Общей чертой аддиктивного поведения является стремление уйти от реальности, искусственно изменяя свое психическое состояние, ограничивая его каким-то одним видом деятельности. В соответствии с тем, какой будет эта деятельность, выделяют зависимость от наркотиков, курения, алкоголя и другие. Аддиктивное поведение, по мнению ряда авторов, характеризуется стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния. Аддиктивные расстройства рассматриваются в качестве одной из форм отклоняющегося поведения, которое выражается в изменении своего психического состояния с помощью или фармакологических средств, воздействующих на психику, или постоянной сосредоточенностью на предметах и различных видах деятельности, что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний.

Цель: оценка клинического случая шизофрении коморбидной с токсикоманией ПАВ, оценка эффективности проводимой терапии.

Материалы и методы: оценка архивных данных медицинской карты стационарного больного, данные инструментальных и лабораторных методов, заключения медицинского психолога и врачей других специальностей, клиническое интервью.

Результаты. Пациент Ч-в Р. Ю., 44 года, поступил в стационар 27.10. 2018 года, на момент последней курации 14.01.2019 г. еще находился в стационаре. Из анамнеза известно, что является единственным ребенком в семье. Наследственность патопсихологически неотягощена. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Рос и развивался без особенностей. В детстве болел простудными заболеваниями. С 7 лет пошел в школу, успешно закончил 11 классов, затем поступил в педагогическое училище, где получил специальность – воспитатель детского сада. Непродолжительное время после окончания училища работал пионер-вожатым в детском лагере, после по специальности не работал, пояснил тем, что работа тяжелая. Затем подрабатывал слесарем, сантехником. В армии не служил из-за проблем со зрением (косоглазие, близорукость). В 1987г. в связи с командировкой отца семья переехала в Монголию, где пациент прожил до 1991г. Со слов больного в течение длительного времени настроение было подавленным, так как переезд стал для больного стрессом, в том числе из-за расставания с любимой девушкой. В 1991г. вместе с семьей вернулся в Россию. Вскоре после этого на фоне сниженного настроения случился первый приступ заболевания. Отмечались суицидальные мысли, слуховые

псевдогаллюцинации императивного и комментирующего содержания. По просьбе пациента была вызвана бригада скорой психиатрической помощи и больной был доставлен в стационарное отделение ВОКПНД, корпус №2. Находясь в стационаре, совершил три попытки суицида. На фоне лечения состояние улучшилось, купировалась психотическая симптоматика, выравнивалось настроение. После выписки ремиссия длилась 6 лет. С 1991г. стоит на учете в психоневрологическом диспансере. В 1996г. женился, однако в 1998г. развелся с супругой так как узнал о том, что страдает бесплодием. Больше в течение жизни в брак не вступал, однако заводит кратковременные отношения с женщинами до настоящего времени. В 1997г. впервые попробовал нюхать клей. Объясняет тем, что напарник на работе предложил и стало любопытно. После нескольких употреблений случился второй приступ заболевания, сопровождающийся слуховыми и зрительными псевдогаллюцинациями, в связи с чем вновь попал в стационар. Симптоматика быстро купировалась на фоне лечения. В этом же году по причине болезни сына из семьи ушел отец. В начале развития заболевания ремиссии длились от 6 месяцев до года. 1-2 раза в год пациент проходил стационарное лечение в ВОКПНД, корпус №1. Один раз наблюдалась длительная ремиссия в течение 2 лет. Каждая госпитализация была связана с появлением галлюцинаторной симптоматики на фоне применения токсических веществ. В 2008г. получил II группу инвалидности, впоследствии бессрочно. За последние 3 года госпитализации участились. В 2018 г. было 7 госпитализаций, ремиссии длились не более 4 дней. Предыдущая госпитализация с 28.08.2018г. по 21.09.2018г. Ремиссия около месяца. 27.10.18г. по просьбе больного мать вызвала бригаду скорой психиатрической помощи и больной был доставлен в ВОКПНД, корпус №1 в связи с обострением заболевания на фоне очередного употребления ПАВ. При беседе был суетлив, тревожен. Ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Был неусидчив, напряжен. На вопросы отвечал не всегда по существу. Сообщал о наличии «голосов» в голове, как мужских, так и женских, которые приказывали убить мать. Также утверждал, что видит зрительные образы в голове, которые изображают его самого в облики Бога: «...будто я хожу по облакам, летаю». Эмоциональный фон тревожный. Суицидальные мысли отрицал. Критика к своему состоянию отсутствовала. Получал лечение галоперидолом, аминазином, неуплептилом. В течение нескольких дней галлюцинаторная симптоматика купировалась. Препараты переносит нормально. На момент последней курации пациент двигательно спокоен, усидчив. Охотно вступает в беседу с врачом и делится своими переживаниями. Разговорчив. Однако не чувствует дистанцию, к врачу обращается: «девушка». На вопросы отвечает развернуто, в плане заданного. Обманы восприятия отрицает. Бредовые идеи не высказывает. К содержанию галлюцинаторных образов относится критично. Сообщает, что галлюцинаторная симптоматика появляется только, когда нюхает ПАВ (клей, бензин, толуол, растворитель). Отмечает, что после употребления ПАВ ощущает эйфорию, чувствует прилив сил. Утверждает, что во время пребывания в стационаре тяги к токсическим веществам не испытывает. Фон настроения ближе к ровному. Критика к своему состоянию формальная. Говорит: «есть больные люди и есть здоровые, а я где-то посередине». За время госпитализации был осмотрен психологом, неврологом и терапевтом.

Заключение психолога: снижение долговременного запоминания, снижение внимания. Рисунки испытуемого формальны, фрагментарны, индивидуально значимы, стереотипны, нажим линий свидетельствует о склонности к импульсивным действиям. Отмечается снижение эмоционально-волевых функций. В мыслительной сфере отмечается своеобразие мыслительной деятельности, проявляющееся в усложненном формулировании мыслей. В эпизодических случаях отмечается актуализация латентных признаков. Отмечаются снижение критичности и прогностических возможностей, трудности в социальных контактах. Также приведем заключение невролога: расстройство вегетативной нервной системы, смешанный вариант, на резидуально-органическом фоне. При осмотре терапевтом терапевтической патологии не выявлено. Данные лабораторных анализов без особенностей. Планируется перевод пациента в психоневрологический интернат. Пациенту рекомендовано

ведение здорового образа жизни, поддерживающая терапия: клозапин 25 мг на ночь, галоперидол-деканат 1,0 в/м 1 раз в месяц, неупелтил 10 мг 3 раза в сутки.

Выводы. В данном клиническом случае представлена коморбидность параноидной шизофрении с токсикоманией ПАВ. На фоне приема ПАВ отмечаются обильные слуховые и зрительные псевдогаллюцинациями императивного и комментирующего содержания. На фоне приема нейролептиков (галоперидола, аминазина, неупелтила) галлюцинаторная симптоматика успешно купировалась. Препараты переносятся нормально. У данного пациента наблюдается снижение эмоционально-волевых функций, критичности, расстройство вегетативной нервной системы на резидуально-органическом фоне, снижение долговременного запоминания и внимания. Пациенты с данной патологией требуют комплексной диагностики и наблюдения врачами различных специальностей.

1. Ширяев О.Ю., Подвигин С.Н., Гречко Т.Ю. Частная психиатрия. – Воронеж. 2008, 248с
2. Карташова Э.В., Самойлова Д.Д. / Проблемы коморбидности аддиктивного поведения при подростковой шизофрении// 78-я студенческая межрегиональная научно-практическая конференция «Молодые ученые — здравоохранению» » Неврология, нейрохирургия и психиатрия. – Саратов. - 2017. - №2 С40-43
3. Liberman J.A., Bowers M.B. Substance abuse in schizophrenia. // Schizophrenia. Bull. Nat. Inst. Mental. Health. 1990, V.16, №.1, pp.29-30.
4. Чирко В.В. Общие подходы к лечению больных с "двойным диагнозом". //Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Матер. Рос. Конф. М. 2004. — С. 318-319.
5. Винникова М.А., Гуревич Г.Н., Агибалова Т.В., Бойко Е.О. Особенности клиники, диагностики и терапии алкогольной зависимости, протекающих на фоне эндогенных аффективных расстройств. М. — 2006, 26 с.
6. Овсянников, М. В. Аддиктивные расстройства у больных шизофренией :клинико биохимическое исследование : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.45, 14.00.18 / Овсянников Марк Вадимович; [Место защиты: Нац. науч. центр наркологии Росздрава]. - Москва, 2008. - 42 с.
7. Шитов Е. А., Киселев Д. Н., Шустов Д. И. Краткий обзор проблемы «Двойного диагноза» (сочетание психических расстройств и расстройств зависимости от психоактивных веществ) // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2009. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kratkiy-obzor-problemy-dvoynogo-diagnoz...> (дата обращения: 31.03.2017).
8. Симашкова Н. В., Макушкин Е. В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение: клинические рекомендации (протокол лечения). 2015. URL: <http://psychiatr.ru> (дата обращения: 28.03.2016).
9. Бородина Н. А. Психологическая причинность аддиктивного поведения личности : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 Новосибирск, 2006 165 с. РГБ ОД, 61:06-19/281.
10. Распространенность употребления спайса и других синтетических каннабиноидов в молодежной среде /Алексеева Д.Н., Дюкова Е.Е., Пальчиков М.А., Фленкина Е.Д. / Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. №1. С. 3-7.

Афанасьева А.А., Фурменко Г.И.

Ремоделирование миокарда и развитие тяжелой ишемической дилатационной кардиомиопатии: клинический случай

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/spc-15-05-2019-05

idsp: sciencepublic-15-05-2019-05

Резюме. Ишемическая кардиомиопатия (ИКМП) — патологическое состояние миокарда, обусловленное комплексом диффузных морфофункциональных нарушений, развивающихся в результате хронической или острой ишемии миокарда, основными проявлениями которого являются дилатация камер сердца и развивающаяся хроническая сердечная недостаточность (ХСН). К развитию ИКМП может привести один обширный