

с распространением в межлопаточную область; нередко боли иррадиировали в правую руку и подложечную область. Болевые эпизоды редко ассоциировались с физической нагрузкой, а наоборот, чаще развивались в состоянии покоя или на фоне психоэмоционального стресса.

Среди жалоб, предъявляемых пациентами, ведущими были не остро возникшая боль за грудиной, а одышка, кашель; нередко первыми проявлениями болезни явились острая левожелудочковая недостаточность в виде приступа кардиальной астмы или отека легких, эмоциональное беспокойство, приступ сердечной аритмии, общая слабость, артериальная гипотония, т.е. среди атипичных вариантов ИМ у лиц данной возрастной группы преобладали астматический, малосимптомный и безболевого, наблюдавшиеся соответственно в 27,2, 16,5 и 13,6% случаев у мужчин >70 лет и в 8; 2 и 4% — у более молодых. Безболевые ИМ нередко были электрокардиографической находкой и диагностировались ретроспективно. У 11 (10,8%) пациентов заболевание протекало под маской *status gastralgicus*. Аритмический вариант болезни наблюдался в 9,8% случаев. При этом наиболее часто ИМ проявлялся пароксизмальной мерцательной аритмией, блокадой левой ножки пучка Гиса, разнообразными желудочковыми аллоритмиями, желудочковой тахикардией. У 3,1% пациентов наблюдался цереброваскулярный вариант заболевания.

Отметим, что у больных с ОИМ, развившимся после 70 лет, вследствие особенностей клинической картины прослеживалась еще одна неблагоприятная тенденция — сроки поступления в кардиологический стационар для оказания специализированной помощи оказались существенно более поздними (табл. 3). Лишь 18,6% пациентов были доставлены в стационар в первые 6 ч от начала заболевания, в то время как более 3/4 госпитализированы во 2-й половине 1-х суток заболевания и даже позже. При этом критерием своевременной верификации диагноза и как следствие — госпитализации послужил именно ангинозный вариант ИМ. Между тем поздняя госпитализация влечет за собой высокие показатели внутрибольничной летальности, теряется «золотой час» кардиологии, уходит время, когда оптимальны активные лечебные вмешательства.

Таким образом, анализ вариантов манифестации ИМ у мужчин >70 лет показал, что у них чаще встречаются астматическая, малосимптомная и безболевого формы заболевания. Необычное течение коронарной болезни сердца, в частности ИМ вследствие многогранности его клинических проявлений, затрудняет на догоспитальном этапе его своевременную диагностику. Кроме того, своевременному оказанию специализированной кардиологической помощи препятствуют психологические факторы (ожидание больным более яркого начала заболевания, позднее обращение за медицинской помощью). Для успешной и своевременной ОИМ у пожилых необходима правильная интерпретация его атипичных проявлений.

Список литературы см. на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru).

#### MYOCARDIAL INFARCTION IN MEN OVER 70 YEARS OF AGE

Professor V. Anikin, MD; N. Zhukov; T. Nikolayeva, Candidate of Medical Sciences

Tver State Medical Academy, Tver

The onset of myocardial infarction (MI) in men over 70 years of age has been ascertained to be manifested by a variety of clinical variants of the onset of the disease and by the specific features of previous risk factors. This should be kept in mind while making the timely diagnosis of MI and optimizing rehabilitation tactics in this category of patients.

**Key words:** acute myocardial infarction, onset variants, men over 70 years of age, risk factors.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОКСЕНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Е. Ахмадова<sup>1</sup>, Ш. Раджабова<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук, В. Тихонов<sup>3</sup>, Х. Батаев<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор, <sup>1</sup>ЧГУ, Грозный, <sup>2</sup>ДГМА, Махачкала, <sup>3</sup>ОАО «Диод», Москва  
E-mail: jnus@mail.ru

*Применение гипоксена в дополнение к стандартной терапии у больных ишемической болезнью сердца с разной степенью выраженности хронической сердечной недостаточности улучшает их клиническое состояние, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, улучшает качество жизни и соответственно способствует уменьшению доз применяемых коронароактивных препаратов.*

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистая недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, кардиология, гипоксен, ишемия, полидигидроксибензилтиосульфат натрия, гипоксия, терапия.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стойко занимает 1-е место в структуре смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В России у мужчин 35–64 лет на ИБС приходится 56,6% всех случаев смерти от ССЗ, у женщин того же возраста — 40,4% [2, 5].

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой серьезную проблему современной медицины. Несмотря на все достижения науки, внедрение терапевтических программ, обеспечивающих нейрогормональную регуляцию с применением ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антагонистов ангиотензин II-рецепторов и β-адреноблокаторов, снижает риск смерти от этой патологии всего на 6–40% [15]. Поэтому поиск новых и совершенствование традиционных способов лечения и профилактики ХСН является одним из приоритетных направлений современной медицины.

Учитывая, что ХСН — один из заключительных этапов сердечно-сосудистого континуума, а также осложнение большинства болезней сердца, успешное ее лечение можно рассматривать как профилактику развития декомпенсации сердечной деятельности.

Консервативные методы лечения ИБС совершенствуются в направлении медикаментозной стимуляции коронарного кровотока и улучшения переносимости миокардом ишемии. Последнему способствует применение противоишемических средств, оптимизирующих метаболизм и уменьшающих потребность миокарда в кислороде, а также использование энергообеспечивающих препаратов. Поэтому при хронической ИБС и ХСН перспективны кардиопротективные препараты, способные оптимизировать внутриклеточный энергообмен и противостоять окислительному стрессу.

В норме жирные кислоты подвергаются β-окислению (ферментативному) с образованием аденозинтрифосфата (АТФ). Гипоксия миокарда сопровождается патологическими нарушениями внутриклеточного метаболизма: снижением про-

дукции основного энергетического субстрата – молекул АТФ – и активацией процессов свободнорадикального (неферментативного) окисления, ведущих к угнетению функциональной активности кардиомиоцитов и повреждению миокарда [8].

При гипоксии миокарда окислительные процессы в митохондриях кардиомиоцитов нарушаются, в результате чего накапливаются промежуточные метаболиты цикла Кребса, недоокисленные жирные кислоты, крайне легко подвергающиеся перекисному окислению с образованием свободных радикалов, угнетающих систему антиоксидантной защиты.

Сами по себе свободные радикалы оказывают непосредственное повреждающее действие на внутриклеточные структуры и мембраны, инициируют гиперкоагуляцию, а также ускоряют деградацию NO, что усугубляет эндотелиальную дисфункцию и снижает вазодилатирующую эффективность медикаментозной терапии [7].

Вышеприведенные факты объясняют особый интерес к новому отечественному метаболическому кардиоцитопротектору гипоксену (полидигидроксифенилентиосульфат натрия) [9]. Гипоксен оказывает комплексное действие (антиатеросклеротическое, антиангинальное, противоишемическое) на основные звенья ИБС. В основе его фармакокинетики лежит способность активировать сукцинатдегидрогеназный путь окисления глюкозы, что переключает клеточный метаболизм в условиях гипоксии на более кислородосберегающее направление энергообмена. В отличие от триметазидина, блокирующего митохондриальное β-окисление жирных кислот и способствующего их накоп-

лению в клетке, гипоксен не вызывает изменений внутриклеточного метаболизма липидов [6, 12].

Принципиальным отличием гипоксена от других миокардиальных цитопротекторов (триметазидина, милдроната) является его способность непосредственно повышать энергосинтезирующую функцию митохондрий благодаря увеличению доставки и потреблению сукцината ишемизированными клетками, реализации феномена быстрого окисления янтарной кислоты сукцинатдегидрогеназой, а также активации митохондриальной дыхательной цепи, ведущих в итоге к быстрому ресинтезу АТФ [4]. Вместе с тем гипоксен, согласно экспериментальным данным [3], обладает выраженной антиоксидантной активностью, что способствует ослаблению клинических проявлений оксидативного стресса при неотложной кардиологической патологии, стабильной стенокардии напряжения, а также открывает перспективы его применения у больных ХСН коронарного генеза.

Изучена эффективность гипоксена в составе комплексной терапии больных ИБС с ХСН. В исследование было включено 111 пациентов с симптомами ХСН I–II функционального класса (ФК) по NYHA – 58 мужчин 42–65 лет и 53 женщины 40–62 лет. Противопоказаниями к включению в исследование были: постоянная мерцательная аритмия, тяжелая форма ХСН, поражения клапанов сердца, некоронарогенные заболевания миокарда, невозможность выполнения теста с ходьбой вследствие патологии опорно-двигательного аппарата.

Основную группу составили 60 больных, получавших в

составе комплексной терапии гипоксен (300 мг/сут внутрь) в течение 2 мес. Контрольная группа (51 больной ИБС и ХСН) была сопоставима с основной по полу и возрасту больных; эти пациенты не получали терапии кардиопротекторами. Обследование проводили исходно, а также спустя 2 мес. Определяли ФК ХСН с использованием теста 6-минутной ходьбы, соответствующего субмаксимальной нагрузке (I ФК – 426–550 м, II ФК – 301–425 м, III ФК – 150–300 м, IV ФК <150 м) [14]. Клиническое состояние больных оценивали по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) [1]. Максимальное количество баллов (20) соответствовало терминальной ХСН, 0 баллов – полному отсутствию признаков ХСН.

Состояние коронарного кровообращения и ритма сердца определяли методом холтеровского мониторинга. Регистрировали общее число и продолжительность ишемических эпизодов, суммарный интеграл смещения сегмента ST на ЭКГ за 1 сут, число и продолжительность нарушений сердечного ритма.

Эхокардиографию (ЭхоГК) проводили в М- и В-режимах, регистрируя доплер-эхокардиограмму после 30 мин покоя по стандартной методике (Шиллер Н., Осипов М., 1993) с определением общепринятых показателей, характеризующих систолическую и диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ). Для изучения диастолической функции ЛЖ с помощью доплер-ЭхоКГ в импульсном режиме исследовали транс-

Клиническое состояние больных ИБС с ХСН (M±m)

Таблица 1

Показатель	Дистанция 6-минутной ходьбы, м		ШОКС (по Марееву), баллы	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Исходно	299±61,7	294±63,9	7,2±0,7	7,1±0,6
После лечения	386±88,9*	333±72,2*	4,6±0,4**	5,9±0,4

\*p<0,001; \*\*p<0,01.

Эхокардиографические параметры ЛЖ у больных ИБС с ХСН (M±m)

Таблица 2

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	исходно	через 2 мес	исходно	через 2 мес
ММЛЖ, г	172,7±5,4	168,3±4,4	167,5±4,5	166,7±3,5
ИММЛЖ, г/м <sup>2</sup>	102,2±1,9	98,9±2,1	99,1±2,1	98,9±1,9
КДО, мл	145±2,7	141±2,2	142±2,8	141±2,3
КСО, мл	75,7±1,5	71,1±1,9	74,3±1,6	71,6±1,8
КДР, мм	63,9±1,3	60,1±1,3	62,4±1,4	60,2±1,5
КСР, мм	48,2±1,4	44,9±1,4	47,7±1,3	47,8±1,3
УО, мл	69,2±1,2	69,7±1,3	68,3±1,2	69,3±1,2
УИ, мл/м <sup>2</sup>	37,9±1,2	39,9±1,5	37,9±1,2	38,1±1,2
ФВ, %	48,5±1,9	50,5±2,1	49,4±2,0	48,9±2,0

Примечание. ММЛЖ – масса миокарда ЛЖ; ИММЛЖ – индекс ММЛЖ; УО – ударный объем; УИ – ударный индекс.

митральный кровоток. Рассчитывали следующие показатели: E – максимальная скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ; A – максимальная скорость предсердного диастолического наполнения ЛЖ; E/A – отношение скоростей раннего и предсердного диастолического наполнения; DT – время замедления потока в фазу раннего наполнения; IVRT – время изоволюметрического расслабления ЛЖ.

Качество жизни (КЖ) оценивали с использованием стандартного опросника КЖ, адаптированного для больных ХСН (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire – MLHFQ).

На фоне лечения при включении гипоксена в состав комплексной терапии отмечены повышение толерантности к физической нагрузке, которую определяли в тесте 6-минутной ходьбы, значительное улучшение клинического состояния больных: через 2 мес лечения данный показатель улучшился на 36,7% по сравнению с исходным ( $p < 0,01$ ), а в контрольной группе – лишь на 16,3% ( $p > 0,1$ ), табл. 1.

Результаты анкетирования больных по методике MLHFQ выявили достаточно низкую оценку КЖ до начала лечения в обеих группах. После 2 мес терапии отмечено достоверное улучшение КЖ у больных основной группы (на 31,6%;  $p < 0,05$ ); в группе контроля улучшение КЖ было меньшим (на 10,2%;  $p > 0,1$ ). Включение гипоксена в состав комплексной терапии не вызвало значимых метаболических изменений. Уровни глюкозы, креатинина и мочевой кислоты существенно не изменились.

На фоне лечения гипоксеном в основной группе снижалась частота приступов стенокардии и уменьшилось число принимаемых больными таблеток нитроглицерина с  $12,3 \pm 1,7$  до  $3,4 \pm 0,1$  в неделю – на 72,4% ( $p < 0,001$ ). Во 2-й группе число принимаемых за неделю таблеток нитроглицерина достоверно не изменилось. По данным суточного холтеровского мониторинга, через 2 мес приема гипоксена в составе комплексной терапии снизились в сравнении с исходными частота (на 58,4%;  $p < 0,05$ ) и продолжительность ишемии (на 70,5%;  $p < 0,01$ ), уменьшился суммарный интеграл депрессии ST на ЭКГ за 1 сут (на 70,3%;  $p < 0,05$ ). Достоверных изменений данных показателей в группе контроля не отмечено.

Результаты исследования свидетельствуют о сокращении глубины и продолжительности ишемии у больных стабильной стенокардией на фоне приема гипоксена. Положительный эффект, по-видимому, связан с кардиопротективной и выраженной антиоксидантной активностью препарата, благодаря чему существенно снижается выраженность клинических проявлений окислительного стресса – одного из важнейших патогенетических факторов ИБС [10].

При ЭхоКГ у больных обеих групп отмечено снижение фракции выброса (ФВ) до  $48,5 \pm 1,9$  и  $49,4 \pm 2,0\%$  соответственно. Допплер-ЭхоКГ-параметры трансмитрального потока соответствовали I типу диастолической дисфункции, что проявлялось увеличением IVRT, уменьшением DT с перераспределением диастолического наполнения в пользу предсердного компонента – отмечено уменьшение отношения максимальных скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (E/A) в среднем до  $0,91 \pm 0,02$ .

Из табл. 2 видно, что при включении гипоксена в состав комплексной терапии у пациентов с ХСН наблюдалась тенденция к уменьшению конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ, конечного диастолического размера (КДР) ЛЖ, конечного систолического размера (КСР) ЛЖ, увеличению ФВ, однако эти данные статистически недостоверны ( $p > 0,05$ ). Наиболее значимые изменения ЭхоКГ-параметров ЛЖ наблюдались при оценке его диастолической функции.

После 2 мес лечения в основной группе наблюдались значительные изменения доплер-ЭхоКГ-параметров ЛЖ, свидетельствовавшие об уменьшении выраженности диастолической дисфункции по типу замедленной релаксации, наблюдавшейся в начале исследования. Так, DT уменьшилось с  $231 \pm 3,4$  до  $221 \pm 3,0$  мс ( $p < 0,05$ ), IVRT – с  $111,9 \pm 2,7$  до  $103,4 \pm 2,7$  мс ( $p < 0,05$ ), достоверно увеличилось среднее соотношение E/A – с  $0,91 \pm 0,02$  до  $1,04 \pm 0,02$  ( $p < 0,01$ ).

В группе контроля за период наблюдения достоверных изменений параметров внутрисердечной гемодинамики не наблюдалось. Положительное влияние гипоксена на диастолическую функцию ЛЖ связано, вероятно, с уменьшением степени ишемии миокарда. Считается, что ишемия

**VI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ИММУНОПАТОЛОГИИ РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ  
VIII СЪЕЗД АЛЛЕРГОЛОГОВ И ИММУНОЛОГОВ СНГ  
V СЪЕЗД ИММУНОЛОГОВ РОССИИ  
ВСЕМИРНАЯ ШКОЛА ПО АЛЛЕРГИИ  
15–18 сентября 2011 г., Москва**

**Программа форума включает** актовые лекции; пленарные и стендовые доклады; научные симпозиумы; Всемирную школу по аллергии (организована совместно со Всемирной организацией по аллергии (WAO); Совместный симпозиум Европейской академии по аллергии и клинической иммунологии (EAACI) и Союза аллергологов и иммунологов СНГ; сателлитные симпозиумы, «круглые столы», лекции для практических врачей, школы молодых специалистов, конкурс стендовых докладов.

**Тематика основных направлений:** аллергия и астма; аллергический ринит; атопический дерматит; иммунитет и иммунная система; физиология иммунной системы; проблемы иммунодефицитов и фундаментальная иммунология; аутоиммунные заболевания; иммуномодулирующие препараты; иммунотерапия: принципы стратегии и тактики при различных заболеваниях, клеточная терапия, иммунореабилитология, вакцинопрофилактика, вакцинотерапия, современные методы оценки иммунного статуса и их интерпретация; иммунологический мониторинг; преподавание аллергологии и иммунологии; организация аллергологической и иммунологической службы в системе государственного, страхового и коммерческого здравоохранения; современные информационные системы и технологии в аллергологии и иммунологии.

**Адрес Оргкомитета конгресса:**

117513, Москва, ул. Островитянова, д. 4 (Союз аллергологов и иммунологов СНГ)

Тел. (495) 735-14-14, факс (495) 735-14-41

E-mail: [info@wipocis.org](mailto:info@wipocis.org), [wipo2011@mail.ru](mailto:wipo2011@mail.ru)

[www.isir.ru](http://www.isir.ru)

миокарда существенно изменяет структуру ранней фазы диастолы ЛЖ, что проявляется уменьшением отношения максимальной скорости раннего наполнения ЛЖ к максимальной скорости позднего наполнения трансмитрального потока. Эти изменения обусловлены нарушением процессов энергообмена в миокарде из-за дефицита оксигенации и накоплением в нем предшественников синтеза АТФ [11]. Вероятно также положительное влияние препарата на эндотелиальную дисфункцию, которая является основным патогенетическим фактором формирования и развития ХСН. Ключевую роль в патогенезе эндотелиальной дисфункции играет внутриклеточный окислительный стресс [13]. Возможно, с его коррекцией связан положительный эффект лечения ХСН при включении гипоксена в состав комплексной терапии.

Отечественный мембранопротектор и антиоксидант гипоксен, применяющийся в составе комплексной терапии больных ИБС с разной степенью выраженности ХСН, улучшает их клиническое состояние, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, повышает качество жизни.

## Литература

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности. – М.: Медиа Медика, 2000. – 266 с.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. // *Consillium medicum*. – 2002; 3: 112–114.
3. Владимиров Ю.А. Свободные радикалы и антиоксиданты // *Вестн. РАМН*. – 1998; 7: 43–51.
4. Голиков А.П., Бойцов С.А., Михин В.П. и др. Свободнорадикальное окисление и сердечно-сосудистая патология: коррекция антиоксидантами // *Леч. врач*. – 2003; 4: 70–74.
5. Грицанский Н.А. Нестабильная стенокардия – острый коронарный синдром. III. Предупреждение обострений ишемической болезни сердца. Статины и антибиотики // *Кардиология*. – 1997; 111: 4–17.
6. Лукьянова Л.Д. Метаболические эффекты 3-оксипиридина сукцината // *Хим. фарм. журнал*. – 1990; 8: 8–11.
7. Михин В.П., Полумисков В.Ю., Голиков А.П. и др. Применение кардиопротекторов в неотложной кардиологии // *Terra medica*. – 2006; 2: 7–12.
8. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. – Т. 6. Диагностика болезней сердца и сосудов – М.: Мед. лит., 2002. – 464 с.
9. Смирнов В.С., Кузьмич М.К. Гипоксен. – СПб.–М.: ФАРМиндекс, 2001. – 104 с.
10. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 466 с.
11. Шопин А.Н., Козлов С.Е., Миньковская Л.И. Изометрическая стресс-доплер-эхокардиография в оценке диастолической функции левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца // *Кардиология*. – 2003; 3: 11–13.
12. ACC/AHA/ACP-ASIM. Guidelines for the management of patients with chronic stable angina // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 1999; 33: 2092–2197.
13. Britten M., Schuchinger V. // *Herz*. – 1998; 23 (2): 97–105.
14. Rostagno C., Olivo G., Comeglio M. et al. Prognostic value of 6-minute walk corridor test in patients with mild to moderate heart failure comparison with other methods of functional evaluation // *Europ. J. Heart Failure*. – 2003; 5: 247–252.
15. Sharpe N., Doughty R. Left ventricular remodelling and improved long-term outcomes in chronic heart failure // *Europ. Heart J.* – 1998; 19: 36–39.

### EFFICACY OF HYPOXEN IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

**E. Akhmadova<sup>1</sup>, Sh. Radzhabova<sup>2</sup>, Candidate of Medical Sciences, V. Tikhonov<sup>3</sup>, Professor Kh. Batayev<sup>1</sup>, MD**

<sup>1</sup>Chechen State University, Grozny, <sup>2</sup>Dagestan State Medical Academy, Makhachkala <sup>3</sup>DIOD, Ltd, Moscow

The use of hypoxen in addition to standard therapy in coronary heart disease patients with varying degrees of chronic heart failure improves their clinical status, increases exercise tolerance, upgrades quality of life, and accordingly causes a reduction in the doses of used coronary active agents.

**Key words:** cardiovascular insufficiency, chronic heart failure, cardiology, hypoxen, ischemia, polydihydroxyphenylenethiosulfonate sodium, hypoxia, therapy.

## ИГРОМАНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**С. Ваулин**, кандидат медицинских наук, **Е. Мармылёва**  
СГМА, Смоленск  
**E-mail:** sv\_vaulin@mail.ru

*На базе Смоленской областной клинической психиатрической больницы обследовано 50 пациентов, страдающих игроманией. Показано, что у них снижена способность к психосоциальной адаптации. Определена коморбидность игромании, выявлены особенности криминального и суицидального поведения таких психически больных.*

**Ключевые слова:** игромания, суицидальное поведение, агрессивное поведение.

Для большинства людей игры в целом, и азартные в том числе, являются формой проведения досуга. У части же игроков возникает игромания. Проблема патологической зависимости от азартных игр входит в круг актуальных проблем современной психиатрии, что связано с высокими показателями распространенности данной патологии, ее коморбидности с другими психическими расстройствами и как следствие – с серьезными личными, семейными и общественными проблемами.

Широкий выбор игр, доступных для азартного игрока, в сочетании с несовершенством регулирования этой сферы бизнеса способствует увеличению числа лиц с игроманией как в России, так и за рубежом [8, 10, 12].

Обращают на себя внимание высокая распространенность суицидального поведения среди лиц с игроманией [11, 13–15], негативное влияние этого пристрастия на социальную адаптацию игроков [6, 9]. С целью добычи денег на игру некоторые из них прибегают к криминальным действиям – от занятий проституцией до преступлений с применением насилия [2, 4, 7]. Склонность к агрессивному поведению как одно из свойств личности накладывает отпечаток на социальное функционирование этих людей [5]. Их агрессивность выражается в готовности к агрессивному восприятию поведения окружающих и соответствующей его интерпретации.

Многие ученые в понятие агрессивности включают не только физическую агрессию, но и вербальную, а также враждебность. Ряд исследователей понимают агрессию как одну из форм саморазрушающего поведения. Другими его формами являются суицидальное поведение, а также поступки, причиняющие физический вред организму или разрушающие внутренний (духовный) мир [3].

Согласно концепции саморазрушения, сформулированной А. Амбрумовой (1974), в условиях внутреннего конфликта нарушается гомеостатическое равновесие, что ведет к самоубийству, курению, алкоголизму, стремлению к риску. В современных условиях в один ряд с перечисленными формами саморазрушающего поведения можно поставить игроманию.

Основной целью данного исследования было совершенствование диагностики, лечения и профилактики игромании у лиц, страдающих психическими расстройствами.