

ная методика валидна по показателям специфичность, линейность и аналитическая область методики, правильность и воспроизводимость и может быть использована для количественного определения флавоноидов в исследуемом сырье.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р ИСО 5725-1-2002. Точность (правильность и прецизионность) методов и результатов измерений. Часть 1. Основные положения и определения. — М.: Изд-во стандартов, 2002.

2. Лесовая Ж. С., Писарев Д. И., Новиков О. О. и др. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина и фармация. — 2010. — № 12/2. — С. 145—149.

3. Растительные ресурсы СССР: цветковые растения, их химический состав, использование; Семейство Asteraceae (Compositae). — СПб.: Наука, 1993. — 352 с.

4. Руководство по валидации методик анализа лекарственных средств / Под ред. Н. В. Юргеля. — М.: Ассоциация российских фармацевтических производителей, 2007. — 57 с.

5. Park E. J., Kim J. // Planta Med. — 1998. — № 64. — P. 752—754.

Контактная информация

Митрофанова Ирина Юрьевна — старший преподаватель кафедры фармакогнозии и ботаники, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: I.U.Mitrofanova@yandex.ru

УДК 616.89-08-039.57

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ ЛИЦАМ В ВОЛГОГРАДЕ

И. И. Замятина, О. В. Поплавская, Н. А. Черная

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ФУВ,
Волгоградский областной клинический психоневрологический диспансер*

В статье анализируются клинико-эпидемиологические показатели и некоторые социальные аспекты оказания амбулаторной психиатрической помощи недееспособным вследствие психического расстройства гражданам.

Ключевые слова: недееспособность, опека, амбулаторная психиатрическая помощь.

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS OF OUTPATIENT PSYCHIATRIC CARE FOR LEGALLY INCOMPETENT PEOPLE IN VOLGOGRAD

I. I. Zamyatina, O. V. Poplavskaya, N. A. Chernaya

This article analyzes clinical and epidemiological parameters, social aspects of outpatient mental health care legally incompetent people due to a mental disorder.

Key words: legal incapacity, guardianship, outpatient psychiatric care.

В последние годы остаются актуальными вопросы социально-правовой защищенности, медицинской помощи, качества жизни людей, лишенных дееспособности в связи с психическим расстройством. Изменившиеся социальные условия в российском обществе, рост роли имущественных отношений, обновление законодательной базы привели к прогрессирующему увеличению числа лиц, которые вследствие психического расстройства признаются судом недееспособными, и над ними устанавливается опека в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством [2, 3, 5, 6].

После признания гражданина недееспособным, он автоматически утрачивает большинство своих личных прав, включая право принимать решения не только в отношении своего имущества, но и в отношении лечения, выбора места жительства, участия в выбо-

рах, доступа в суд, воспитания детей, общения с близкими. В результате, недееспособные граждане становятся самой уязвимой категорией населения, не имея при этом эффективных средств защиты своих прав. Лица, лишенные дееспособности, могут находиться либо в специализированных психоневрологических интернатах, администрация которых (ч. 4 ст. 35 ГК РФ) выполняет функции опекунов, либо проживать дома, но состоять под диспансерным наблюдением в психиатрических (психоневрологических) учреждениях по месту жительства [1, 4].

Несмотря на возрастающую с каждым годом актуальность, исследования проблемных аспектов оказания амбулаторной психиатрической помощи недееспособным лицам в России единичны, а работы, направленные на изучение ситуации в Волгограде, отсутствуют.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Дать клинико-эпидемиологическую и социальную характеристику пациентов, признанных недееспособными, вследствие психических заболеваний, получающих амбулаторную психиатрическую помощь в психоневрологических диспансерах (ПНД), изучить структуру их психических расстройств, факторы, влияющие на изменение уровня социального функционирования больных.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе работы нами изучались клинико-эпидемиологические показатели за период с 1991 по 2010 гг. Источниками информации явились «Журналы учета лиц, страдающих психическими расстройствами и признанных судом недееспособными» (приложение № 2 к приказу КЗО АВО № 349 от 10.02.2010 г.) и «Медицинские карты амбулаторных больных» (форма № 025/у-04, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России № 255 от 22.11.2004 г.). Всего было изучено 580 амбулаторных карт больных, лишенных судом в установленном порядке дееспособности и получающих амбулаторную психиатрическую помощь в ГБУЗ «Волгоградский областной клинический психоневрологический диспансер» (ГБУЗ «ВОКПНД»). Также, с помощью разработанной нами анкеты, был проведен опрос 170 недееспособных граждан и их опекунов. Полученные сведения заносились в компьютерную базу данных, с одновременным удалением идентифицирующей персональной информации, обработка данных производилась с помощью программных продуктов Microsoft Excel 5.0 и включала анализ встречаемости изучаемых признаков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За период с 1991 по 2010 гг. в пяти административных районах (Тракторозаводском, Краснооктябрьском, Центральном, Ворошиловском, Дзержинском) Волгограда были признаны в установленном порядке недееспособными в связи с психическим заболеванием 672 человека. Общая численность жителей этих районов составляет 500 тыс. человек, что условно является половиной населения города. При этом 36 человек были лишены дееспособности с 1991 по 1995 гг. (5 % от общего количества), 159 человек — с 1996 по 2000 гг. (23 %), с 2001 по 2005 гг. — 171 человек (25 %), а с 2006 по 2010 гг. уже 306 граждан (46 %).

Из представленных данных видно, что в интервале 1991—2010 гг., отмечается устойчивая тенденция к росту количества лиц, страдающих хроническими психическими расстройствами, признанных судом в установленном порядке недееспособными, число недееспособных граждан возросло в 8,5 раз. Это было связано, на наш взгляд, как с ростом числа имущественных сделок в последние годы, так и с беспрецедентным

демографическим сдвигом в общей популяции, который привел к резкому увеличению абсолютного и относительного числа лиц пожилого и старческого возраста с явным возрастанием частоты тяжелых психических расстройств органического генеза.

Из изученных нами 580 медицинских карт амбулаторных больных, являющихся недееспособными лицами, 52 % карт были оформлены на мужчин (299 человек) и 48 % (281 человек) — на женщин. Возраст больных на момент проведения исследования был от 18 до 90 полных года, средний возраст составил $(56,1 \pm 19,6)$ лет. По возрастному показателю пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли больные, признание недееспособными которых происходило на момент достижения ими возраста от 18 до 24 лет — 161 человек (28 %), из них 104 человека (65 %) составили мужчины, а 57 (35 %) — женщины. Наиболее многочисленной была группа больных в возрасте от 25 до 55 лет — 239 человек (41 %), из них 131 мужчина (55 %) и 108 женщин (45 %). В третью группу были отнесены пациенты, возраст которых на момент решения суда о признании недееспособными был старше 56 лет — 179 человек (31 %), из которых мужчин было 64 человека (36 %), а женщин 116 человек (64 %).

Разделение на три возрастные группы было связано с социальными характеристиками. Так, с 18 до 24 лет человек становится совершеннолетним, активно планирует дальнейший жизненный путь. Около трети общего количества недееспособных граждан утрачивают такую возможность в самом начале активного жизненного пути. Обращает на себя внимание, что в данной возрастной группе 65 % недееспособных лиц составляют мужчины. Во второй, наиболее многочисленной возрастной группе больных активного трудоспособного периода, возраст которых был 25—55 лет, гендерное соотношение осталось примерно одинаковым, однако на 10 %, количество мужчин, признанных в этот период жизни недееспособными, оказалось больше. Третью группу, которую составили граждане от 56 лет и старше, можно охарактеризовать как возраст спада жизненной активности. В данном случае отчетливо видно, что количество женщин 116 (64 %), признанных в установленном порядке недееспособными значительно больше, чем мужчин 64 (36 %).

Длительность психического заболевания до момента исследования у 0,6 % больных составляла менее одного года, у 7 % — от 1 года до 3 лет, у 11 % — от 3 до 5 лет, 14 % — 5—10 лет, 6 % — 10—15 лет, 8 % — 16—20 лет, большая часть 53 % недееспособных пациентов болели более 20 лет.

При изучении обращаемости пациентов в ГБУЗ «ВОКПНД» по месту жительства выяснилось, что 37 % недееспособных, вследствие психического расстройства, граждан обращаются к врачу самостоятельно (с опекуном), 30 % — посещают диспансер исключительно по вызову, 23 % — не обращаются в диспансер, а 10 % отказываются от посещений диспансера

(осматриваются врачом на дому в соответствии с кратностью установленного диспансерного наблюдения).

Инвалидами I и II группы по психическому заболеванию являлись 65 % опрошенных, 6,4 % недееспособных граждан — инвалиды III группы, 27 % — инвалидизированы по соматическому заболеванию, у 1,6 % инвалидность на момент исследования оформлялась, так как дееспособности они лишались в связи с деменцией, вызванной перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Инвалидность большинства пациентов — 42 % недееспособных граждан была оформлена в связи с ранним началом психического заболевания, и они никогда не работали, у 4,5 % в связи с частыми обострениями и непрерывным течением заболевания, 0,5 % стали испытывать затруднения при выполнении привычной работы, в связи с психическим расстройством, у 18 % инвалидность была оформлена после острого нарушения мозгового кровообращения, 9 % — после выписки из психиатрической больницы, 26 % имели другие причины.

Наибольшее количество 45 % недееспособных граждан имели инвалидность в течение 15 и более лет, 25 % — в течение 8—14 лет, 13,5 % имели инвалидность в течение 4—8 лет, 10,5 % в течение 2—3 лет, 4,4 % являлись инвалидами в течение периода, не превышающего 1 год и 1,6 % находились в процессе инвалидизации.

По нозологическим формам заболеваний, описанным в исследованных амбулаторных картах, недееспособные пациенты относились к 4 основным группам: больные с диагнозом деменция (приобретенное слабоумие), умственная отсталость, шизофрения, психические расстройства вследствие дисфункции или повреждения головного мозга. С установленным в соответствии с МКБ-10 диагнозом сосудистая деменция (F01), судом были признаны недееспособными 119 человек (6 мужчин, 1 женщина в возрасте от 25 до 55 лет; 82 женщины, 30 мужчин — в возрасте от 56 лет и старше). Психические расстройства, кодированные шифром F02 — деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах (в подавляющем большинстве случаев в связи с эпилепсией), послужили причиной лишения дееспособности у 65 больных. Половозрастная структура этой подгруппы выглядела следующим образом: 13 мужчин и 10 женщин в возрасте 18—24 года, 16 мужчин и 5 женщин в возрасте 25—55, 12 мужчин и 9 женщин — от 56 лет и старше. С диагнозом F03 (деменция неуточненная) — недееспособными были признаны 4 человека: 1 мужчина в возрасте от 25 до 55 лет, 1 мужчина — старше 56 лет и 2 женщины, возрастом 56 лет и старше. В связи с психическими расстройствами, вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F06), а также расстройствами личности и поведения, вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F07), в установленном судом порядке, недееспособными были признаны 68 пациентов. Среди них было 8 мужчин и 1 женщина в возрасте 18—24 лет, 23 мужчины и

11 женщин в возрасте 25—55 лет, 11 мужчин и 14 женщин, достигших 56 лет и старше. Максимальное количество лиц (194) оказалось в подгруппе лишенных дееспособности в связи с умственной отсталостью (олигофренией) от легкой до глубокой степени (F 70, F71, F72, F73, F79 — неуточненная). По полу и возрасту, они распределялись следующим образом: 64 мужчины и 33 женщины в возрасте от 18 до 24 лет, 48 мужчин и 40 женщин — в возрасте от 25 до 55 лет и 5 мужчин, 4 женщины в возрасте от 56 лет и старше.

Вторую по численности группу составили пациенты, страдающие шизофренией (F20) — всего 130 человек. 19 мужчин и 7 женщин были признаны недееспособными в возрасте 18—24 лет, 37 мужчин и 57 женщин в возрасте 25—55 лет и по 5 человек мужского и женского пола, достигших 56 лет и старше. Среди больных с данным диагнозом, признанных недееспособными, преобладали пациенты самой социально активной возрастной группы 25—55 лет, женщин среди них было больше 57 (мужчин — 37).

Третья по значимости группа пациентов имели диагноз сосудистая деменция (F01) — 119 человек, большую часть из них составляли женщины 83, принадлежащие к возрастной группе старше 56 лет, что может объясняться большей средней продолжительностью жизни женщин по сравнению с мужчинами. Указанные особенности возрастного состава соответствуют уровню распространенности соответствующих психических расстройств в различных возрастных группах.

Большая часть больных 57 % не получает терапии, 22 % получает эпизодически, 1,75 % получают лечение только во время госпитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мы можем утверждать, что в городе Волгограде количество недееспособных граждан возросло за период с 1991 по 2010 гг. в 8,5 раз, мужчин и женщин среди них практически равное количество. По возрастному составу основное количество недееспособных лиц (69 %) относятся к самой социально активной части населения. Большинство 53 % недееспособных пациентов к моменту обследования болели более 20 лет. 65 % опрошенных имеют I и II группы инвалидности по психическому заболеванию. Инвалидность 42 % недееспособных граждан была оформлена в связи с ранним началом психического заболевания, и они никогда не работали.

Чаще всего причиной недееспособности являлась умственная отсталость, преобладали, по количеству, в этой нозологической группе молодые мужчины 18—25 лет. Второй по частоте нозологией, явившейся причиной лишения граждан дееспособности, была шизофрения, причем среди этих больных преобладали пациенты самой социально активной возрастной группы 25—55 лет, женщин среди них было больше. Третья по значимости группа пациентов имели диагноз сосудистая деменция (F01) и принадлежали к возрастной группе

старше 56 лет, преобладание женщин среди них может объясняться большей средней продолжительностью жизни женщин по сравнению с мужчинами.

Большая часть больных 57 % не получает терапии, 22 % получает эпизодически, 1,75 % получают лечение только во время госпитализации.

В связи с прогрессивным ростом количества лиц, лишенных судом в установленном порядке дееспособности, с учетом затруднений при проведении их лечения, требует дальнейшего изучения вопрос повышения качества оказываемой специализированной амбулаторной психиатрической медицинской и социальной помощи данной категории граждан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гражданский Кодекс Российской Федерации. Текст с изменениями и дополнениями на 20 января 2013 г. // Электронный справочник «Консультант плюс».
2. Мохонько А. Р., Муганцева Л. А. // Российский психиатрический журнал. — 2011. — № 5. — С. 11—16.

3. Климов В. А. // Российский психиатрический журнал. — 2007 — № 1 — С. 11—17.

4. Климов В. А., Иммерман К. Л., Мишин А. В. Вопросы восстановления дееспособности в гражданском процессе // Судебная психиатрия. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М., 2007 — Вып. 4 — С. 1318.

5. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2007 году: аналитический обзор / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М., 2008. — 38 с.

6. Эльтекова Э. В., Овсянникова Н. Л., Шаповалов Д. Л. и др. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — 2010. — № 4 (42). — С. 54—56.

Контактная информация

Замятина Инна Игоревна — главный врач ГБУЗ «Волгоградский областной клинический психоневрологический диспансер», e-mail: iiz24@rambler.ru

УДК 616.8:316.624

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

Н. Я. Оруджев, Л. К. Гавриков, Н. С. Можаров

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ФУВ,
кафедра педиатрии и неонатологии ФУВ*

Известны многочисленные концепции девиантного, отклоняющегося поведения — от биогенетических до культурно-исторических. Среди причин, обуславливающих различные отклонения, выделяют социально-психологические, психолого-педагогические, психо-биологические факторы. В данной статье рассматривается роль биологических, в частности перинатальных, факторов в формировании девиантного поведения.

Ключевые слова: перинатальная патология, отклоняющееся поведение.

ROLE OF BIOLOGICAL FACTORS IN FORMATION OF DEVIANT BEHAVIOUR

N. Ya Orudjev, L.K. Gavrikov, N.S. Mozharov

Numerous concepts of deviant, deviating behavior — from biogenetic to cultural and historical ones — are known. Among the causes of various deviations we distinguish social and psychological, psychologic pedagogical, and psycho-biological factors. In this article we consider the role of biological, in particular perinatal, factors in formation of deviant behavior.

Key words: perinatal pathology, deviating behavior.

В литературе обобщено большое количество исследований о роли различных неблагоприятных социальных факторов в возникновении тех или иных видов нарушений поведения у подростков. Однако изучение вопроса специфики взаимодействия различных социальных и биологических факторов в формировании того или иного типа нарушений поведения у подростков, степени их выраженности, остается мало изученным. Между тем сам факт большой частоты и разнообразие форм отклонения поведения именно у подростков требует пристального внимания к исследованию роли био-

логической возрастной дисгармонии в нарушениях аффективно-волевой сферы [3, 4].

Фактором высокого риска возникновения всевозможных отклонений в развитии ребенка является церебрально-органическая недостаточность, формирующаяся в результате негативных биологических воздействий на головной мозг ребенка, особенно в перинатальном периоде (интоксикации, инфекции, родовые травмы, асфиксия новорожденного, иммунологическая несовместимость матери и плода, сопровождающаяся иммунологическим конфликтом, недоношенности). Нередко пе-