

лась на 32,8%, отсутствие обострений за время лечения — у 14 больных (43,75%). Неэффективность терапии у 5 (15,6%) больных проявлялась в виде частых обострений, в переходе во вторичное прогрессирование. Несмотря на то, что у большинства больных полного прекращения прогрессирования заболевания не достигнуто, тем не менее, иммуномодулирующая терапия способствовала повышению показателей физического и психологического компонентов качества жизни и улучшению социального и эмоционального функционирования как в кругу семьи, так и за ее пределами.

Л и т е р а т у р а

1. Бойко А.Н., Давыдовская М.Ф., Демина Т.Д. Результаты длительного использования копаксона и бетаферона в Московском городском центре рассеянного склероза: оценка эффективности и приверженности к терапии // Журнал невропат. и психиатр. Рассеянный склероз. - 2006. - С. 101-110.
2. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. - М.: Миклош, 2004. - 528 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - СПб.: Изд. дом «Нева». - М.: ОЛМА-пресс «Звездный мир», 2002. - 320 с.

4. Томпсон А.Д., Полман К., Хелфельд Р. Рассеянный склероз. Клинические аспекты и спорные вопросы. - СПб., 2001. - 422 с.

5. Bashir K., Buchward L., Coyle P.K. Optimizing immunomodulatory therapy for MS patients // Int. JMCS Care. - 2002. - Vol. 4. - P. 3-7.

6. Rice G., Oger J., Duguet P. Treatment with interferon beta-1 improves quality of life in multiple sclerosis // Can. J. Neurol. Sci. - 1999. - Vol. 25, №4. - P. 276-282.

7. Kleinschnitz C., Meuth S., Stuve O. Multiple sclerosis therapy: an update on recently finished trials // J. Neurol. - 2007. - Vol. 254 (Suppl. 11). - P. 1473-1490.

8. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med. Care. - 1992. - Vol. 30. - P. 473-483.

Координаты для связи с авторами: Карнаух Валентина Николаевна — канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии АГМА, e-mail: v.n.karnauch@rambler.ru; Луговцова Юлия Андреевна — очный аспирант кафедры неврологии и нейрохирургии АГМА, e-mail: juli_neuro@mail.ru, тел.: 8-924-678-42-19, тел.: 8(4261)-59-04-00; Барабаш Ирина Александровна — ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии АГМА, e-mail: i.a.barabash@rambler.ru.



УДК 340.631.2 : 616.853

М.В. Усюкина, А.В. Фролова

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ В КЛИНИКЕ ЭПИЛЕПСИИ

*Отделение экзогенных психических расстройств ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского
Минздравоохранения России», 119991, Кропоткинский пер., 23,
тел.: 8(495) 637-55-95, e-mail: marina_gnc@mail.ru, г. Москва*

Исследования в области судебной психиатрии освещают лишь отдельные аспекты экспертной оценки когнитивных расстройств при эпилепсии. При этом, как правило, когнитивные нарушения отождествляются с глубокими вариантами деменции. Отсюда проблема судебно-психиатрической оценки когнитивных расстройств с использованием качественного и количественного анализа при решении вопросов об экскультиации, общественной опасности данного контингента больных, выбора мер медицинского характера приобретает особую значимость. По мнению различных исследователей, широкий спектр психопатологических синдромов (состояния нарушенного сознания, дисфории, изменения личности, деменция) при эпилепсии обуславливает разнообразный характер общественно опасных действий и сложность судебно-психиатрической оценки [1-3, 8-11].

В литературе, посвященной проблемам судебно-психиатрической экспертизы различных расстройств при эпилепсии, многие авторы акцентировали внимание на структуре правонарушений, выделяя преобладание преступлений против личности над другими видами деликтов эпилептиков [2, 7]. Для определения общественной опасности важное значение имеет клинико-психопатологический анализ общественно опасных действий (ООД) в аспекте его генеза, прежде всего вскрытие его продуктивно-психотических и негативно-личностных психопатологических механизмов, а также определение признаков, свидетельствующих о возможности повторения общественно опасных поступков [4-7].

Материал и методы исследования

Представлены данные клинико-психопатологического исследования 106 больных (78 мужчин и 28 женщин) в

возрасте от 18 до 87 лет (средний возраст $41,8 \pm 16,62$ г.), проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского Минздрава России», в ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, а также пациентов, не привлекавшихся к уголовной ответственности, находившихся на лечении в ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева и проживающих в ПНИ № 30 г. Москвы.

При исследовании использовались следующие методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, электроэнцефалографический и статистический.

Результаты исследования

Согласно исследовательским диагностическим критериям ICD-10, МКБ-10, по тяжести и глубине изменений психики группы обследуемых со слабоумием были представлены: легкой — 15 больных (14,1%), умеренной — 49 пациентов (46,2%), тяжелой деменцией — 42 обследуемых (39,6%).

С целью выявления клинических особенностей и динамики заболевания, приводящих к нарушениям регуляции поведения, совершению правонарушений и возможностей выработки профилактических мероприятий криминальной активности, проводилось сопоставление двух выборок: лица, привлекавшиеся к уголовной ответственности (56 набл.), и лица, не привлекавшиеся к уголовной ответственности (50 набл.), по социально-демографическим, клиническим (когнитивные, личностные расстройства) параметрам. Подэкспертные, совершившие ООД, имели более высокий образовательный уровень и чаще создавали семью, но при этом брак не носил официального характера, у большей части брак распался, в основном из-за злоупотребления алкоголем, нетрудоустроенности, семейных конфликтов. Обе группы обследованных оказались крайне неблагополучными в смысле трудовой адаптации с высоким уровнем инвалидизации. Даже при наличии среднего специального или высшего образования эти лица были заняты либо на малоквалифицированных работах, либо вообще не работали.

Трудности социальной коммуникации были обусловлены нарастанием по мере развития эпилепсии когнитивных расстройств, дезорганизацией эмоционально-волевой сферы и поведения, особенностями течения заболевания (частые пароксизмальные расстройства, дисфории, паранойяльные идеи), преобладанием у больных первой группы достаточно выраженных специфических эпилептических изменений личности в виде эксплозивности, мстительности, жестокости, агрессивности, склонности к аффективным взрывам, значительно более частым возникновением дисфорических расстройств пароксизмального (5,56% — в первой группе; 0 — во второй) и непароксизмального характера (29,6% — в первой группе; 12,2% — во второй); депрессий (25% по сравнению с 4%) и психотических состояний (23,2% по сравнению с 8%), что играло существенную роль в криминальной активности.

Социальный прогноз риска совершения правонарушений включает сферу труда, экономические и общественные отношения, конфликты вне общественной жизни [12]. Неблагоприятные социально-психологические факторы (отсутствие работы, низкий профессиональный

Резюме

В представленной работе рассмотрены структура и степень выраженности когнитивных расстройств, определяющих характер совершенных правонарушений, особенности паттернов противоправного поведения у лиц с эпилептической деменцией. Представлена судебно-психиатрическая оценка когнитивных расстройств с использованием качественного и количественного анализа при решении вопросов об экскульпации, общественной опасности данного контингента больных, выбора мер медицинского характера.

Ключевые слова: эпилепсия, деменция, общественная опасность.

M.V. Usjukina, A.V. Frolova

FORENSIC-PSYCHIATRIC DEMENTIA SIGNIFICANCE IN EPILEPSY

*State Research Center of Forensic
and Social Psychiatry after Serbskiy, Moscow*

Summary

The authors discuss structure and degree of evidence of cognitive disorders. Cognitive disorders ascertain character of committed criminal actions and also particularities of patterns of illegal conduct in patients suffering from epileptic dementia. Forensic psychiatric evaluation of cognitive disorders using qualitative and quantitative analysis in evaluation of problems of exculpation is presented. The evaluation of public unlawful actions of group of patients and selection of measures of medical character is shown.

Key words: epilepsy, dementia, public unlawful actions.

уровень, конфликтные отношения в семье, провоцирующее и агрессивное поведение лиц ближайшего окружения, инвалидность, жилищно-бытовая неустроенность, склонность к злоупотреблению алкоголем, адаптация в антисоциальной среде при повторных привлечении к уголовной ответственности с игнорированием посещения ПНД) носили более выраженный характер по мере утяжеления деменции.

Анализ криминологических характеристик актуального деликта позволил выявить определенные паттерны криминального поведения у лиц с эпилептической деменцией. Из 56 подэкспертных 51,8% привлекались к уголовной ответственности впервые, 48,3% — повторно. При настоящем правонарушении отмечалось преобладание таких преступлений против личности, как убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, угрозы убийством, побои (53,4%).

Для обследуемых характерным было проявление агрессии, чаще против лиц ближайшего окружения (члены семьи, друзья, соседи, коллеги) — 67,8%, в ответ на провоцирующее (30,4%) или агрессивное (30,4%) поведение жертвы, причем отреагирование достоверно чаще было непосредственным (67,9%) и реже (32,1%) отсроченным по времени (застывание, месть). В 89,3% правонарушение совершалось единолично, в 10,7% — в группе.

Исследования агрессивных и неагрессивных форм поведения в зависимости от степени выраженности де-

менции выявили небольшую разницу в совершении агрессивных (46,2%) и неагрессивных правонарушений (53,8%) в группе с легкой деменцией; возрастание количества агрессивных ООД (71%) при умеренной деменции; преобладание неагрессивных форм поведения (75%) в группе с тяжелым слабоумием ($p=0,005$).

Ведущими психопатологическими синдромами на момент совершения ООД являлись интеллектуально-мнестические нарушения — 39,2%, дисфорический синдром — 23,2%, расстройства личности — 16%, бредовой синдром — 7%. В 10,7% обнаруживались пароксизмальные расстройства, в 3,6% — нарушения влечений.

В структуре деменции все психопатологические расстройства, являющиеся ведущими на момент ООД, распределились следующим образом: дисфорический синдром непароксизмального характера чаще преобладал при тяжелой степени слабоумия (25%), значительное место занимал в группе с умеренной деменцией — 22,6%; расстройства личности наиболее выраженными были при легкой деменции — 30,8%, при умеренном слабоумии занимали второе место — 16%; бредовой синдром и пароксизмальные расстройства являлись ведущими в структуре умеренной деменции (по 12,9%); при легкой и тяжелой степени слабоумия отмечалось по 1 случаю (7,7 и 8,3%) пароксизмальных расстройств на момент ООД; нарушения влечений встречались в единичных случаях при умеренной (3,2%) и тяжелой деменции (8,3%).

Выраженность когнитивных расстройств определяли характер совершенных правонарушений, особенности паттернов противоправного поведения.

При легкой деменции на первое место выступали специфические личностные особенности в виде эксплозивности, обидчивости, аффективной взрывчатости, паранойяльных черт с выраженным эгоцентризмом, установкой собственных декларативных ценностей, с требованием следования им от лиц ближайшего окружения, при недостаточной дифференцированности эмоциональной сферы, снижении интеллектуально-мнестических функций, что затрудняло оценку ситуации в целом, приводило к агрессивности, импульсивности поступков, вспышкам ярости. Недоверчивость, подозрительность, склонность обвинять других в своих неудачах играли значительную роль в криминальной активности.

При умеренной деменции с нарастанием специфических эпилептических черт в виде мстительности, склонности к аффективным взрывам, придирчивости, мелочности, при утрате гибкости, подвижности преобладали психогенные эксплозивные дисфорические реакции с упорной злостью, утверждением своей правоты, вязкой агрессивной настроенностью. Психотические расстройства (бредовые идеи отношения, преследования, ущерба, в ряде случаев ревности) сопровождались злобностью, brutality по отношению к конкретным лицам, что являлось причиной совершения больными противоправных агрессивных поступков. Нарастание когнитивных расстройств, утрата критики к своему поведению, возможностям, заболеванию приводили к недостаточному осмыслению и восприятию конкретной ситуации, предвидению возможных путей ее развития, прогнозу последствий поведения в ней, более частому совершению правонарушений агрессивного характера.

При тяжелой степени слабоумия обеднение эмоциональных реакций затрудняло межличностные контакты. Инертность психических процессов, выраженные интеллектуально-мнестические нарушения, утрата критики приводили к отсутствию способности оценивать социально значимые особенности конкретной ситуации, происходила реализация устойчивых стереотипов поведения без учета качественно различных ситуаций.

Одним из обязательных вопросов при проведении судебно-психиатрической экспертизы по уголовным делам является вопрос о необходимости применения в отношении лиц, подлежащих освобождению от уголовной ответственности или наказания, принудительных мер медицинского характера и определение их вида, что является одним из важнейших звеньев в профилактике ООД.

Выбор меры медицинского характера зависит от характера и степени опасности психически больного. Правильная оценка этих традиционных клинко-психопатологических параметров позволяет сделать далеко идущие выводы относительно характера, степени, прогноза потенциальной общественной опасности больного [5].

По данным настоящего исследования, рекомендации таких мер при различной глубине слабоумия выявили следующие особенности.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра по месту жительства рекомендовалось больным с легкой деменцией в 30,8% случаев, при значительном снижении интеллектуально-мнестических функций, наличии педантичности, аккуратности, относительно благополучном социальном положении, совершении неагрессивных правонарушений, отсутствии криминального анамнеза; при умеренной деменции данный вид лечения рекомендовался 9,7% обследуемых, при ситуационно-спровоцированных ООД, в случаях ликвидации данной ситуации, и при тяжелой (8,3%) в связи с тяжелым соматическим заболеванием.

Назначение принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа преобладало в группе с тяжелой деменцией (41,7%), что было связано с выраженностью когнитивных расстройств, снижением психической активности, критических и прогностических способностей, наличием сопутствующей соматической патологии; больным с умеренным слабоумием данное лечение назначалось в 25,8% случаев, с учетом отсутствия агрессивных проявлений в поведении, нарушений больничного режима при прошлых госпитализациях; обследуемым с легкой степенью деменции лечение рекомендовалось в 15,4% наблюдений.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа часто рекомендовалось подэкспертным, страдающим умеренной деменцией (58,1%), при наличии выраженных специфических личностных особенностей (мстительность, склонность к аффективным взрывам), дисфорических состояний, нарастании интеллектуально-мнестических расстройств, низкого контроля эмоций и поведения, стойких бредовых переживаний, с учетом криминального анамнеза, неблагоприятной социальной обстановки; при легкой деменции (23%) важную роль играли неоднократные совершения ООД, стойкая антисоциальная жизненная позиция; при тяжелом слабоумии (25%) значимыми

являлись стереотипные, агрессивные формы реагирования при отсутствии критической и прогностической оценки.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением рекомендовалось больным с легкой деменцией (30,8%) при выраженных специфических изменениях личности с жестокостью, брутальностью, эгоцентризмом, аффективной ригидностью, при наличии частых непароксизмальных дисфорий с выраженной агрессией; с умеренной (6,5%) — при стойких бредовых идеях, направленных против конкретных лиц, и с тяжелой (16,7%) деменцией, при дисфориях непароксизмального характера; совершивших тяжкие преступления со склонностью к повторным ООД с угрозой для жизни окружающих, несмотря на принудительное лечение в прошлом, также учитывалась склонность к грубым нарушениям больничного режима.

Заключение

Алгоритм судебно-психиатрической оценки деменции при эпилепсии включает установление наличия когнитивных расстройств и их анализ с определением степени выраженности, психопатологической структуры, клинико-динамических характеристик, с последующим соотносением с периодом правонарушения, возможностью адекватно организовать и прогнозировать свое поведение.

Л и т е р а т у р а

1. Вандыш-Бубко В.В., Кузьминова М.В. К обоснованию типовых моделей судебно-психиатрической оценки эпилептических изменений психики // Рос. психиатр. журнал. - 2001. - С. 44-48.
2. Введенский И.Н. Эпилепсия с судебно-психиатрической точки зрения // Проблемы судебной психиатрии. - М.: Юрид. изд-во НКЮ СССР, 1941. - Вып. 3. - С. 3-34.

3. Гулямов М.Г. Клинические и судебно-психиатрические аспекты эпилептического онейроида // Проблемы общей и судебной психиатрии. - М., 1981. - С. 202-207.

4. Котов В.П., Мальцева М.М. Судебная психиатрия: рук-во по психиатрии [под ред. А.С. Тиганова]. - М., 2000. - С. 372-394.

5. Котов В.П., Мальцева М.М. Диагностика потенциальной общественной опасности больных психическими расстройствами // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. - М., 2005. - С. 169-187.

6. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика. - М.: Медицина, 1995. - 256 с.

7. Мельник В.И. К вопросу о клинической классификации эпилепсии // Архив психиатрии. - 1998. - № 9. - С. 142-147.

8. Тальце М.Ф. Особенности эпилептического слабоумия (на судебно-психиатрическом материале): автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1954. - 15 с.

9. Brahm D. Definition of insanity // Lancet. - 1984. - Vol. 2. - №8409. - P. 989.

10. Hamilton J. R. Epilepsy and insanity // Lancet. - 1984. - Vol. 2. - №8409. - P. 989.

11. Lewis D. Delinquency psychomotor epileptic symptoms and paranoid ideation: A triad // American J. of Psychiatry. - 1976. - Vol. 133. - №12. - P. 1395-1398.

12. Nedopil N. Prognosen in der Forensischen Psychiatrie. Ein Handbuch fur die Praxis. - 2005. - P. 16.

Координаты для связи с авторами: Усюкина Мария Валерьевна — доктор мед. наук, вед. науч. сотр. отделения экзогенных психических расстройств ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России»; Фролова Александра Владимировна — аспирант ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», врач, судебно-психиатрический эксперт АСПЭ при ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, тел.: 8(495)-952-88-41.



УДК 618.1 - 002 : 616.718.192 - 009-036. 868 - 055.2

Н.В. Москобенко¹, Е.Н. Кравченко²

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Городская больница № 2¹;

Омская государственная медицинская академия², тел.: 8(3812)-54-47-92, г. Омск

На сегодняшний день сочетанные заболевания тазовых органов представляют собой серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему в связи с тем, что нередко в результате заболевания женщины теряют не только трудоспособность, но страдает ка-

чество их жизни, развиваются психоэмоциональные расстройства [3]. Актуальность проблемы определяется широкой распространенностью психоэмоциональных расстройств. Развивающиеся при соматических заболеваниях расстройства, в основном тревожного