положительный эффект операции и значительное улучшение мозговой гемодинамики как на стороне реконструкции, так и на противоположной стороне. Результаты нейропсихологического тестирования убедительно демонстрируют улучшение состояния когнитивных функций после проведения реконструктивных операций у больных с легкими и умеренными когнитивными нарушениями.

1. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий: Российский согласительный документ [Электронный ресурс] / Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов; Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов. Москва, 2013. - Режим доступа: http://angiolsurgery.org/recommendations/2013/recommendations_brachiocephalic.pdf.
2. Состояние гемодинамики сосудов мозга у больных с одновременным сочетанным атеросклеротическим поражением внутренних сонных артерий и артерий нижних конечностей
3. Забазнов К.Г., Караханян К.С. Вестник Национального медико-хирургического центра Н.И.Пирогова 2016. Т. 11. №1С. 27-29.
4. А.А. Фокин, М.В. Мудрякова, Сравнительные результаты изменений хирургического лечения билатеральных атеросклеротических окклюзионно-стенотических сонных артерий // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 72.
5. Динамика изменений структуры ээг в процессе лечения ишемического инсульта в рамках концепции ноотропной стимуляции. Ковалёва Н.С., Балязин В.А., Макляков Ю.С.
6. Бюллетень сибирской медицины. 2008. Т. 7. №5-1. С. 167-169.
7. Шатравка А.В., Сокуренок Г.Ю., Акифьева О.Д. и др. Оценка эффективности операций на наружной сонной артерии. Ангиология и сосудистая хирургия. 2015. № 2. Т. 21. С. 115-123.
8. Абу Азаб Б.С., Гавриленко А.В., Дуданов И.П. Сравнительная характеристика методов эндартерэктомии при атеросклеротическом поражении сонных артерий. Медицинский академический журнал 2005; 5(2): 247-249.
9. Grubb R.L. Jr., Powers W.J., Clarke W.R., Videen T.O., Adams H.P. Jr., Derdeyn C.P.; Carotid Occlusion Surgery Study Investigators. Surgical results of the carotid occlusion surgery study. J Neurosurg 2013; 118(1): 25-33.

Светличная Т.Г.¹, Воронов В.А.², Смирнова Е.А.²

Клинико-социальный статус психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении

¹*ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет
(Россия, Архангельск)*

²*БУЗ ВО Вологодский областной психоневрологический диспансер №1
(Россия, Череповец)*

doi: 10.18411/scienceconf-05-2019-14

idsp: scienceconf-05-2019-14

Аннотация

Целью исследования явилось выявление сходства/различий клинических и социальных характеристик психически больных, склонных к совершению и совершивших общественно опасные действия, для использования при разработке программ первичной и вторичной профилактики правонарушений. Первая группа представлена больными, взятыми на диспансерный учет по инициативе врачей-психиатров для проведения первичной профилактики общественно опасных действий (n=32). Вторую группу составили больные, взятые на диспансерный учет после проведения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения (n=80). Представители обеих групп по клиническим и социальным характеристикам явились сопоставимыми между собой. Методом выбора повышения медицинской эффективности программ первичной и вторичной профилактики общественно опасных действий является разработка мер формирования приверженности лечению.

Ключевые слова: психически больные, профилактика общественно опасных действий, активное диспансерное наблюдение, приверженность лечению.

Введение. Психиатрические учреждения организуют свою работу по профилактике общественно опасных действий (ООД) согласно совместному Приказу Министерства здравоохранения и Министерства внутренних дел Российской Федерации №133/269 от 30.04.1997г. «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» [5]. Данная профилактическая работа включает проведение мер первичной и вторичной профилактики. Первичная профилактика полностью находится в компетенции психиатров общей сети, деятельность которых регламентируется законодательством по здравоохранению, и не регулируется уголовным законодательством. Вторичная профилактика представлена принудительными мерами медицинского характера (принудительное лечение), применяемыми судом в рамках судебного процесса к лицам уже совершившим правонарушение для предотвращения его повторения в будущем.

В совокупности общественно опасных деяний психически больных наиболее социально значимыми являются агрессивные действия, связанные с угрозой жизни и здоровью граждан. Между содержанием деяния и психопатологическим механизмом, приведшим к его совершению, существует сложная связь: один и тот же механизм может привести к различным деяниям и, наоборот, различные деяния могут иметь один и тот же механизм. В связи с этим профилактические мероприятия обычно являются направленными против общественно опасных деяний вообще, а не против конкретного деликта определенного вида.

Методом выбора проведения мер первичной и вторичной профилактики ООД является активное диспансерное наблюдение (АДН). В соответствии с законом [5] АДН подлежат лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно-опасным действиям, а также лица, после прохождения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ), назначенного судом. Установление и прекращение АДН в психоневрологическом диспансере (ПНД) проводится врачебной комиссией. Отмена АДН осуществляется по общим клиническим критериям: стойкое улучшение психического состояния при отсутствии противоправных действий. К неклиническим показателям относятся: смена места жительства, отсутствие сведений о больном в течение года, смерть [1].

Для разработки эффективных программ первичной и вторичной профилактики ООД требуется учет клинико-психопатологических, индивидуально-психологических и социально-ситуационных факторов, влияющих на уровень и характер потенциальной общественной опасности больного. Их знание необходимо для принятия решений о включении или исключении больных из группы активного диспансерного наблюдения, а также о продолжении или прекращении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра. Особое значение эти факторы приобретают при решении вопроса о включении больных в группу АДН по инициативе участкового психиатра и разработке мер по формированию приверженности лечению.

У психически больных приверженность лечению является крайне низкой. Так, каждый четвертый (25%) пациент, находящийся на АДН, не посещает ПНД и негативно относится к лечению. Более высокие показатели некомплаенса психически больных приводят О.А. Макушкина, Л.А. Яхимович [4], А.В. Кириллова, Г.П. Костюк, Б.А. Нохуров [3]: нерегулярно или совсем не посещают врача от 32% до 68,1% пациентов, склонных к совершению ООД.

По определению ВОЗ приверженность лечению - это степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни согласно рекомендациям врача или медицинского работника [6]. Проблема недостаточной приверженности терапии является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и общества. Особенно остро она проявляется при терапии психических заболеваний, требующих длительного, часто

пожизненного приема лекарственных препаратов и соблюдения целого ряда врачебных рекомендаций. Низкая приверженность лечению психически больных является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенного увеличения вероятности развития обострения психического расстройства, повышения угрозы совершения общественно опасных действий и роста затрат на лечение.

Целью настоящего исследования явилось выявление сходства/различий клинических и социальных характеристик психически больных, склонных к совершению и совершивших общественно опасные действия, для использования при разработке эффективных программ первичной и вторичной профилактики правонарушений.

Методы. Сплошным методом нами были изучены медицинские документы пациентов, состоящих на АДН в БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1» на 01 апреля 2019г. (n = 112). Всего на диспансерном учете состояло 2 152 больных, из них на АДН - 5,2%. Первую группу (группу первичной профилактики) составили больные, взятые на АДН по инициативе врачей-психиатров, - 28,6% (32 чел.). По рекомендации О.А. Макушкиной, Л.А. Яхимович [4], ее доля не должна быть меньше 20%. Вторую группу (группу вторичной профилактики) составили больные, взятые на АДН после проведения принудительного лечения, - 71,4% (80 чел.).

Результаты их обсуждение. Уровень распространенности потенциально опасных психически больных в городе являлся в 2 раза более высоким, чем в селе (32,9 и 17,9 больных на 100 000 населения соответственно). Из общего числа больных, находящихся на АДН, городские жители составили 93,8%, сельские – 6,2%.

Основанием для включения в группу АДН по инициативе участкового психиатра явилось асоциальное поведение психически больных, не приведшее к судимости: физическая агрессия (71,9%), расстройства влечения сексуального характера (9,4%), кража (9,4%), бродяжничество (6,2%), умышленная порча чужого имущества (3,1%). Вторая группа сформирована на основании формализованных объективных данных о судимостях, явившихся следствием совершенных больными ООД (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика правонарушений психически больных, находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении (%)

№ п/п	Характер совершенных психически больными общественно опасных действий	%
1	Кражи, угоны транспортных средств	32,1
2	Убийство, покушение на убийство	17,4
3	Причинение вреда здоровью, истязание, побои, применение насилия в отношении представителя власти	16,5
4	Разбои, грабежи, вымогательства	13,8
5	Хулиганство, угроза, клевета, уничтожение имущества, ложное сообщение об акте терроризма	10,1
6	Насильственные действия сексуального характера	6,4
7	Незаконное приобретение, хранение без цели сбыта наркотических веществ	3,7
	Всего	100,0

Изучение характера совершенных психически больными ООД свидетельствует о преобладании тяжких правонарушений (54,1%) (убийство, покушение на убийство, нанесение телесных повреждений и истязаний - 33,9%; разбои, грабежи, вымогательства - 13,8%; насильственные действия сексуального характера - 6,4%) над имущественными правонарушениями (32,1%) и другими нетяжкими ООД (13,8%). При этом каждый третий (31,3%) больной обвинялся по нескольким статьям УК.

Анализ нозологической структуры психических расстройств, диагностированных у пациентов, находящихся на АДН, представлен в табл. 2.

Таблица 2

Нозологическая структура психических расстройств у больных первой и второй групп, находящихся на АДН (%)

Диагноз	1 группа (первичная профилактика) n=32	2 группа (вторичная профилактика) n=80	Всего n=112
Расстройства шизофренического спектра (F20, F21)	50,0	60,0	57,1
Умственная отсталость (F70)	25,0	27,5	26,8
Органические психические расстройства (F06, F07)	9,4	10,0	9,8
Расстройства личности, расстройства поведения (F60, F61, F91)	15,6	2,5	6,3
$\chi^2 = 1,21; p = 0,75$			
Всего	100	100	100,0

*различия достоверны при $p \leq 0,05$

Структура психической заболеваемости пациентов, находящихся на АДН, в основном (83,9%) представлена тремя нозологическими формами: расстройствами шизофренического спектра (57,1%), умственной отсталостью (26,8%) и органическими психическими расстройствами (9,8%). На долю расстройств личности и поведения приходится 6,3%. Несмотря на то, что в группе вторичной профилактики доля расстройства личности и поведения в 6,4 раза меньше, чем в группе первичной профилактики (15,6% и 2,5% соответственно) различия в структуре заболеваемости больных первой и второй групп являются статистически не значимыми ($\chi^2 = 1,21; p = 0,75$).

Половой состав обеих групп в основном представлен мужчинами (81,3% и 91,3%; $\chi^2=1,36; p = 0,24$) трудоспособного возраста (90,6% и 93,8%; $\chi^2=11,74; p = 0,18$). Однако средний возраст пациентов группы первичной профилактики на 8,2 года моложе, чем вторичной (31,4 года и 39,6 лет соответственно). Доля больных нетрудоспособного возраста в группе вторичной профилактики составила 6,2%. В то время как в группе первичной профилактики такие больные отсутствовали. Заслуживает внимания мнение И.А. Кальченко, И.Р. Семина [2] о необходимости включения в группу АДН пациентов пожилого возраста, не совершивших противоправных действий, в связи с имеющейся у них опасностью для себя и для окружающих.

Социальные характеристики больных первой и второй групп представлены в табл. 3.

Таблица 3

Социальные характеристики групп первичной и вторичной профилактики (%)

Наименование признака и его группы	1 группа (первичная профилактика) n = 32	2 группа (вторичная профилактика) n = 80	Всего n=112
1.Семейное положение: Семейные Одинокие	12,5 87,5	16,3 83,7	15,2 84,8
$\chi^2 = 0,04; p = 0,83$			
2.Образование: Среднее общее Среднее профессиональное Высшее	65,6 34,4 0	32,5 65,0 2,5	42,0 56,2 1,8
$\chi^2 = 9,67; p = 0,00$			
3.Занятость: Работающий Неработающий, в т.ч.	18,8 81,2	23,7 76,3	22,3 77,7

безработный	40,6	25,0	29,5
инвалид	40,6	47,5	45,5
пенсионер	0	3,8	2,7
$\chi^2 = 2,32; p = 0,31$			
4. Доход:			
На уровне или ниже прожиточного минимума	71,9	73,8	73,2
На уровне или выше средней зарплаты по региону	28,1	26,2	26,8
$\chi^2 = 0,04; p = 0,83$			
Всего	100,0	100,0	100,0

*различия достоверны при $p \leq 0,05$

При анализе социальных характеристик психически больных, находящихся на АДН, нами установлено, что семью имел только каждый девятый-десятый больной (15,2%). В группе первичной профилактики доля таких была даже несколько меньше (12,5% и 16,3% соответственно), однако различия между группами не являются статистически значимыми ($\chi^2 = 0,04; p = 0,83$). Образовательный уровень больных являлся относительно невысоким: больше половины (56,2%) имели среднее профессиональное, 42,0% - среднее общее и ничтожно малое число (1,8%) - высшее образование. В группе первичной профилактики преобладали лица со средним общим (65,6%), в группе вторичной профилактики – со средним профессиональным (65%) образованием ($\chi^2 = 9,67; p = 0,00$). В основном такие больные являются неработающими людьми (77,7%) по инвалидности (45,5%) или по старости (2,7%). При этом весьма большой среди них является доля безработных лиц (29,5%). О сложности устройства на работу свидетельствует большая доля (31,4%) имеющих третью, «рабочую» группу инвалидности. В группе первичной профилактики доля неработающих (81,2%) и доля безработных (40,6%) выше, чем в группе вторичной профилактики (76,3% и 25,0% соответственно), однако различия не являются статистически значимыми ($\chi^2 = 2,32; p = 0,31$). Подавляющее большинство (72,2%) психически больных, находящихся на АДН, являются малообеспеченными людьми: уровень их доходов равняется или не превышает размер прожиточного минимума. Доли малообеспеченных в обеих группах являются сопоставимыми (71,9% и 73,8% соответственно) ($\chi^2 = 0,04; p = 0,83$).

Заключение. Таким образом, проведенный анализ клинических и социальных характеристик больных, находящихся на АДН, позволяет сделать следующие выводы.

1. По клиническому статусу группы первичной и вторичной профилактики являются сопоставимыми между собой. Как в той, так и в другой группе преобладающими расстройствами являются расстройства шизофренического спектра (59% и 60% соответственно), умственная отсталость (25% и 27,5% соответственно) и органические психические расстройства (9,4% и 10%).

2. Социальные характеристики групп первичной и вторичной профилактики являются весьма схожими друг с другом, отражающими выраженную социальную уязвимость таких людей. Подавляющее большинство психически больных, потенциально опасных для общества, являются одинокими людьми (87,5% и 83,7% соответственно). Их отличает относительно невысокий уровень образования: в относительно более молодой группе первичной профилактики преобладающим является среднее общее (65,6%), а в более старшей группе вторичной профилактики – среднее профессиональное (65%) образование. Социальная слабость данных групп психически больных усугубляется трудностями, связанными с устройством на работу. Особое значение проблема безработицы имеет для группы первичной профилактики (40,6% и 25% соответственно). Следствием социальной неустроенности и трудовой незанятости является низкий уровень материального обеспечения: большинство больных в группах первичной и вторичной

профилактики имеют доходы, позволяющие удовлетворять имеющиеся потребности лишь на уровне поддержания жизнеспособности (71,9% и 73,8% соответственно).

3. Существенно снижает медицинскую эффективность программ первичной и вторичной профилактики низкая приверженность лечению: каждый четвертый (25%) психически больной нерегулярно посещает участкового психиатра и негативно относится к лечению. Единственно возможным способом повышения медицинской эффективности программ первичной и вторичной профилактики психически больных, представляющих потенциальную опасность для себя и окружающих, является разработка мер по формированию приверженности лечению.

4. Многофакторность проблемы приверженности терапии, сложность надежного определения и несовершенство методов контроля комплаентности, низкий социальный статус психически больных существенно осложняют решение данной проблемы. Вместе с тем, повышение информированности как пациентов (о своем заболевании, целях проводимого лечения, возможных негативных последствиях отказа от лекарственной терапии), так и врачей (о данных клинических рекомендаций), а также мотивации больных и участковых психиатров на достижение целей лечения, позволят сначала активно сформировать, а затем и удерживать адекватную приверженность лечению.

1. Бакланов В.В., Носов О.П. Методические рекомендации по ведению психически больных в группе активного диспансерного наблюдения. Сыктывкар, 2012, с. 24;
2. Кальченко И.А., Семин И.Р. Клинические и социальные характеристики психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 5 (62), с. 24-26;
3. Кириллова А.В., Костюк Г.П., Нохуров Б.А. К вопросу о клинико-социальных критериях прекращения активного диспансерного наблюдения // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. №3. с. 43-47;
4. Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Основные принципы деятельности медицинских служб по внебольничной профилактике общественно опасных действий лиц, страдающими психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 6 (75), с. 35-40;
5. Приказ МЗ и МВД РФ №133/269 от 30.04.1997 г. «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами»;
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO 2003.

Севастьянова Н.В., Губанова Е.И., Глухова Т.А.

Клинико-социальный статус психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении

*ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный Медицинский университет
(Россия, Волгоград)*

doi: 10.18411/scienceconf-05-2019-15

idsp: scienceconf-05-2019-15

Аннотация

В статье обсуждаются перспективы внедрения телемедицинских технологий в практику врача-диетолога, с учетом внесенных изменений в законодательство. Рассматривается отношение потенциального потребителя к медицинской услуге на альтернативной площадке с помощью интернет-ресурсов в сфере ЗОЖ, а также мнение городских женщин с избыточной массой тела и ожирением относительно доступности медицинской помощи населению по профилю «диетология» в настоящее время.

Ключевые слова: телемедицина, социальные сети, онлайн-консультация, снижение веса, менеджмент массы тела, диетология, врач-диетолог.

Abstract

The article explores the potential for introducing telemedicine technologies to dietetic work practices in the context of the current changes to the Telemedicine Act 2017. We evaluate consumer attitudes towards the provision of healthy lifestyle services via the Internet as well as