

# ВОЛГОГРАДСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



Ежеквартальный  
научно-практический журнал

3 • 2014 • июль – сентябрь

Главный редактор – В. И. Петров, академик РАН

Зам. главного редактора – А. А. Спасов, академик РАН

Ответственный секретарь – С. В. Поройский, доктор мед. наук, доцент

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

В. Л. Аджиенко, доктор мед. наук  
А. А. Воробьев, профессор  
Н. И. Латышевская, профессор  
Ю. М. Лопатин, профессор  
Д. А. Маланин, профессор  
С. В. Недогода, профессор  
А. А. Озеров, профессор

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В. А. Антонов, профессор (Волгоград)  
А. Г. Бебуришвили, профессор (Волгоград)  
Г. П. Дудченко, профессор (Волгоград)  
Д. А. Коновалов, профессор (Пятигорск)  
А. В. Лепилин, профессор (Саратов)  
Л. Н. Максимовская, профессор (Москва)  
Н. Н. Седова, профессор (Волгоград)  
В. П. Туманов, профессор (Москва)  
И. Н. Тюренков, член-корреспондент РАН (Волгоград)  
Б. Н. Филатов, профессор (Волгоград)  
В. В. Шкарин, доцент (Волгоград)  
Й. Шуберт, профессор (Галле, Германия)

Учредитель

Государственное бюджетное учреждение «Волгоградский медицинский научный центр»



Волгоград  
Издательство  
ВолгГМУ  
2014

# УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

## ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «ВОЛГОГРАДСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»

ПРИГЛАШАЕТ ВАС К ПУБЛИКАЦИИ НАУЧНЫХ  
И ПРАКТИЧЕСКИХ СТАТЕЙ

СВЕДЕНИЯ О ЖУРНАЛЕ

- Периодичность выхода – 1 раз в 3 месяца.  
Объем номера – 64 страницы. Тираж 500 экземпляров.
- В составе редакционной коллегии – 2 академика РАН, 1 чл.-кор. РАН, представители научно-медицинской общественности Москвы, Саратова, Пятигорска и Волгограда.
- Все опубликованные работы проходят научное рецензирование.
- Список рассылки журнала, помимо обязательных организаций, включает в себя более 40 вузов и НИИ России, а также ряд ведущих клинических учреждений.
- Основные направления: фармакология, токсикология, морфология, патология, патофизиология, стоматология, клинические и экспериментальные исследования, новая методология в эксперименте и клинике, организация здравоохранения.
- С 2013 года журнал размещен на платформе eLIBRARY.ru (ПУНЭБ).

*Ответственный секретарь ГБУ «ВМНЦ» –  
д-р мед. наук., доц. Сергей Викторович Поройский*

---

О правилах оформления статей и условиях подачи можно узнать на официальном сайте ВолгГМУ: [www.volgmed.ru/ru/journ/browse/bulletin/](http://www.volgmed.ru/ru/journ/browse/bulletin/) или у ответственного за выпуск по тел. (8442) 53-23-43, e-mail: [poroyskiy@mail.ru](mailto:poroyskiy@mail.ru) (адрес: г. Волгоград, пл. Павших борцов,1).

---

---

# СТРАНИЦА ГЛАВНОГО ВРАЧА

---

**Н. Я. Оруджев, О. В. Поплавская, А. Г. Соколова**

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

## **К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРАВОВЫХ РЕГУЛЯТОРОВ РАБОТЫ С НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ БОЛЬНЫМИ**

УДК 616.89-052:34

---

В статье представлен один из часто встречающихся в практике амбулаторной психиатрической службы случаев, проанализированный с помощью качественного метода социологии медицины – кейс-стади. Комментарии и выводы по данному конфликту, встречающемуся в процессе оказания помощи недееспособным гражданам, могут быть полезны при работе над правовыми регуляторами психиатрической помощи недееспособным лицам.

*Ключевые слова:* амбулаторная психиатрическая помощь, недееспособность вследствие психического расстройства.

---

**N. Y. Orujev, O. V. Poplavskaya A. G. Sokolova**

## **REVISITING THE IMPROVEMENT OF LEGAL REGULATION OF THE WORK WITH INCAPACITATED PATIENTS**

---

The article analyzed one of the commonest cases in outpatient psychiatric care using a case study method. The implications and conclusions made by the authors in respect to this conflict can be useful when dealing with the legal regulations of psychiatric services rendered to incapacitated people.

*Keywords:* outpatient psychiatric care, incapacity due to mental illness (legal incapacity).

---

Отмеченная в последних научных исследованиях тенденция роста количества граждан, страдающих психическими расстройствами в РФ, предопределяет необходимость более глубокого изучения проблем, возникающих при работе с такими больными, с целью разработки и совершенствования мероприятий медико-социальной помощи данному контингенту [5, 7]. Качество оказываемой психиатрической помощи в первую очередь определяется нормативным регулированием взаимодействия всех служб, задействованных в работе с больными. Многие исследователи затрагивают тему низкой правовой защищенности лиц с психическими расстройствами, ограниченность их возможностей самостоятельно осуществлять право на судебную защиту, вытекающую из самого рода заболевания, что определяет необходимость обеспечения максимальных гарантий защиты прав и интересов данного контингента больных [1–4, 6]. В последнее время в практической работе психиатрической службы возникает много ситуаций, являющихся, по своей

сути, спорными и конфликтными, требующими должного медико-юридического вмешательства. Но в отечественной научной литературе почти нет материалов, изучающих меры по защите интересов и прав должностных лиц, по роду своей работы сталкивающихся с больными, имеющими психические расстройства.

С помощью качественного метода социологии медицины – кейс-стади – мы оценивали и классифицировали конфликтные ситуации, возникающие в процессе оказания помощи больным с психическими расстройствами. Ниже приведен пример анализа по одному из типичных случаев, часто встречающихся в практике амбулаторной психиатрической службы.

На основании постановления конституционного суда РФ от 27.02.09 №4-П гражданин, признанный недееспособным, имеет право самостоятельно или через своего представителя, выбранного им самим, подать заявление в районный суд по месту своей регистрации о признании его дееспособным и восстановлении своих конституционных прав. Но часто из-за отсутствия

критики к своему психическому состоянию больной человек не понимает бессмысленность своего намерения, его целеустремленные действия выглядят как многочисленные беспредметные обращения в различные органы и инстанции.

**Пример:** больной *Б.*, 79 лет. В анамнезе была черепно-мозговая травма (ЧМТ), после которой снизилась память, стал раздражительным, конфликтовал с соседями на бытовом уровне. В 1994 г. сосед пришел к дому *Б.* для разговора и был застрелен из ружья. В результате проведенной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) больной был признан невменяемыми и направлен на принудительное лечение. В больнице длительное время *Б.* заявлял, что убил соседа в целях самообороны, т. к. руководимая убитым соседом организованная преступная группа в течение трех лет пыталась уничтожить его семью. Своей вины больной не признавал, пребывание в психиатрической больнице считал неоправданным. Поведение в психиатрическом отделении было демонстративное, держался с переоценкой, пытался диктовать медперсоналу свои условия, искал непорядки в больнице, не был склонен к компромиссам, легко раздражался. Через два года состояние стало более стабильным, поведение спокойным, бредовых идей *Б.* активно не высказывал, прежние болезненные переживания потеряли актуальность, режим не нарушал, ни с кем не конфликтовал, в результате принудительное лечение было снято в 1997 г.

Из анамнеза также известно, что в 1995 г. *Б.* судом признан недееспособным, опекуном была назначена внучка. В 1999 г. в связи с требованием больного и его родственников пациент был осмотрен врачебной комиссией в психиатрическом стационаре. Комиссия пришла к выводу, что *Б.* страдает органическим поражением головного мозга в связи со смешанными причинами (ЧМТ, церебросклероз), но сочла возможным обращение в суд по поводу восстановления дееспособности *Б.*

Психоневрологическим диспансером (ПНД) было подано заявление в суд с просьбой рассмотреть вопрос о недееспособности *Б.* Больному неоднократно судом назначались амбулаторные СПЭ, на которые он не являлся, психиатра не посещал, от стационарной СПЭ отказался, поэтому суд в 2000 г. отказал ему в восстановлении дееспособности.

В 2003 г. соседка *Б.* на приеме у психиатра сообщила о постоянных конфликтах с ним в связи с его угрозами расправы, обвинениями соседей в воровстве. Периодически посещая врача-психиатра, *Б.* также жалуется на соседей, обвиняет в незаконном овладении землей, в «избиениях, терроризме, психиатрической блокаде». С родственниками у *Б.* также постоянные скандалы, выяснения отношений с угрозами, которые привели к тому, что у него сменилось 2 опекуна,

которые сами отказывались от опекунских обязанностей. Постоянно пишет жалобы в прессу, прокуратуру, уполномоченному по правам человека в РФ, не согласен с выставленным психиатрическим диагнозом, добивается снятия опекунства, признания его дееспособным. В администрации района в присутствии сотрудников Комитета по здравоохранению Администрации области оскорблял членов опекунского совета, угрожал расправой. Неоднократно обращался с жалобами в областной суд. Приводим выдержку из жалобы с сохранением расстановки слов и пунктуации: «... убийство совершил вынуждено, когда вожак преступной группировки, занимающейся браконьерством, штурмовал металлической трубой, пытаясь проникнуть в дом, в присутствии своих собутыльников. Жизнь моя была под угрозой, нападавший получил по заслугам. Я обращался в милицию и прокуратуру с просьбой пресечь преступную группировку, занимающуюся браконьерством, но меры по пресечению приняты не были. Следствие с первого протокола захлебнулось и приняло заказной характер. Решено определить в психушку и все будет шито-крыто. Правосудие получило желаемое заключение о невменяемости, о надуманных болезнях, о нарушении черепа головного мозга, а рентгеновский снимок не сделали. Голова нормально работает, решения принимает разумные. Пожизненное лишение разума у человека по лжедиагнозу – это преступление века! В первом обследовании был намек на коварный вопрос, тогда и был признан недееспособным... комиссии, я сказал правду на вопрос: "Ну как дела?". Ответил: "Как в диком цирке: бьют, воруют, выживают..."».

В 2010 г. *Б.* обратился в суд с просьбой рассмотреть вопрос о признании его дееспособным. Выдержка из обращения: «...Проживаю один в своем домовладении, самостоятельно осуществляю уход за собой, веду активный образ жизни, публикую статьи в газетах, пишу книгу». *Б.* пояснил суду, что не намерен ложиться в больницу для прохождения СПЭ, поскольку в больнице над ним издеваются, кроме того, он не может оставить свое домовладение без присмотра. Подобные обращения по несколько раз в год направляет в различные инстанции. При этом диспансер не посещает, от обязательной для восстановления дееспособности процедуры – СПЭ отказывается.

Следуя своим болезненным убеждениям, *Б.* абсолютно не понимает доводов должностных лиц, к которым обращается. Многократные обращения в одни и те же инстанции к одним и тем же должностным лицам с однотипными жалобами, в свою очередь, приводят к нерациональному использованию рабочего времени сотрудников административных органов, а самое главное, косвенному подкреплению болезненной симптоматики пациента. Подобные случаи подтверждают, что необходимо разрабатывать новые алгоритмы правовых регуляторов

работы с данной категорией больных, с учетом клинических факторов. На наш взгляд, в описанном случае было бы целесообразно предусмотреть предоставление заключения врачебной комиссии психоневрологического диспансера в перечне документов при обращении недееспособного лица в суд. Таким образом, подробное мотивированное заключение ВК с описанием всех сфер психической деятельности, степени социально-трудовой адаптации, межличностных отношении больного, его реабилитационного потенциала, прогрессивности болезненных расстройств и степени сохранности критических функций позволит наиболее полно оценить ситуацию на этапе судебных слушаний и в рамках назначенной СПЭ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Арзунова Ю. Н.* Права граждан с психическими расстройствами. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.: Фолиум, 2010. – 410 с.
2. *Арзунова Ю. Н.* Недееспособность и опека (Вопросы и ответы). – М.: Грифон, 2013. – 224 с.
3. *Губенко М. И., Каргин М. В.* // Медицинское право. – 2009. – № 2. – С. 29–33.
4. *Гурович И. Я.* // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 5–9.
5. *Замятина И. И., Поплавская О. В., Черная Н. А.* // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – № 3 (47). – С. 50–53.
6. *Замятина И. И., Левкин Р. В., Поплавская О. В.* // Социальное и пенсионное право. – 2013. – № 4. – С. 4–8.
7. *Ситчихин П. В.* // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2012. – № 06. – С. 47–50.

**Д. А. Иоанниди, О. В. Поплавская, О. О. Левшова**

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

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 614.23:616.89

В обзоре представлены современные данные отечественной и зарубежной научной литературы о качестве жизни медицинского персонала психиатрических учреждений. Сделан вывод о высокой социальной значимости исследований по данному направлению и отсутствии научных работ по этой тематике в Волгоградской области.

*Ключевые слова:* качество жизни, психиатрия, врач-психиатр, синдром эмоционального выгорания.

**Д. А. Ioannidi, O. V. Poplavskaya, O. O. Levshova**

## QUALITY OF LIFE OF MENTAL HEALTH WORKERS IN THE VOLGOGRAD REGION

The review presented the current data of domestic and foreign scientific publications about the quality of life of medical staff of psychiatric institutions. It made a conclusion about high social importance as well as a lack of research in this field in the Volgograd region.

*Keywords:* quality of life, psychiatry, psychiatrist, emotional burnout syndrome.

Проблема ухудшения показателей здоровья работающего населения России является центральной в ряду неотложных государственных задач, решение которых направлено на укрепление национальной безопасности [3, 13]. Особое значение приобретает исследование психического здоровья трудоспособного населения страны, в том числе медицинских работников, профессия которых особенно социально важна, поскольку на них ложится ответственность за здоровье пациента [5, 10, 22]. В условиях медицинской профессиональной деятельности личность врача подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств: высокие психоэмоциональные, умственные и физические перегрузки, всевозрастающая ответственность,

осознание границ врачебных возможностей, недостаток времени. Все это усугубляется низкой оплатой труда, продолжающимися, но не всегда продуманными реформами здравоохранения, оттоком врачебных кадров из отрасли, падающим престижем профессии [1, 9]. Известно, что среди врачей отмечается повышенная заболеваемость психическими расстройствами. У большинства врачей со временем появляются психосоматические нарушения, возрастает уровень тревоги, появляется склонность к депрессии и злоупотреблению медикаментозными средствами, алкоголем и другими психоактивными веществами, для коррекции эмоционального напряжения, что, безусловно, отражается на их профессиональной деятельности [5, 11].