

9. Ikeda Y. Are there significant benefits of minimally invasive endoscopic thyroidectomy? / Y. Ikeda, H. Takami, Y. Sasaki et al. // World. j. surg. – 2004. – № 28 (11). – P. 1075–1078.

10. Lombardi C. P. Video-assisted thyroidectomy: report on the experience of a single center in more than four hundred

cases. / C. P. Lombardi, M. Raf-faelli, P. Princi et al // World. j. surg. – 2006. – № 30 (5). – P. 794–800.

11. Miccoli P. Video-assisted thyroidectomy: indications and results / P. Miccoli, P. Berti, G. L. Frustaci et al. // Langenbecks arch. surg. – 2006. – № 391 (2). – P. 68–71.

Поступила 25.03.2016

*Н. Н. ШАПОШНИКОВ*

## **ФОРМИРОВАНИЕ КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИХ МАТЕРИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ**

*Специализированная психиатрическая больница № 7,*

*Россия, 350087, г. Краснодар, пос. Российский, ул. 16-й Полевой Участок, 11; тел. 8 (861) 228-86-40*

В статье представлена характеристика процессов формирования контингента инвалидов с психическими заболеваниями в крупном городе за 15-летний период. Приведены параллели между распространенностью психических заболеваний и инвалидностью. Проведено социологическое исследование образа жизни и социального позиционирования 640 инвалидов с психическими заболеваниями.

*Ключевые слова:* инвалиды с психическими заболеваниями, первичный выход, контингенты инвалидов, социальное функционирование инвалидов.

**N. N. SHAPOSHNIKOV**

### **THE FORMATION OF THE CONTINGENT OF DISABLED PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES AND SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF THEIR FINANCIAL SITUATION**

*Specialized psychiatric hospital № 7,*

*Russia, 350087, Krasnodar, pic. Russian str., 16-th Field Plot, 11; tel. 8 (861) 228-86-40*

The article presents the characteristics of the formation processes of the contingent of disabled people with mental illnesses in a large city for the 15-years period of time. The parallels between the prevalence of mental illnesses and disability are given. The sociological research of a lifestyle and social position of 640 disabled persons with mental illness was conducted.

*Key words:* disabled people with mental illnesses, the primary output, the contingents of disabled people, social functioning of disabled people.

«Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» психические расстройства отнесены к социально значимой патологии. При этом основными причинами инвалидности являются болезни органов кровообращения, новообразования и травмы. И, хотя доля инвалидов в связи с психическими болезнями уступает перечисленным причинам, особенности этого контингента требуют внимания общества, поскольку большинство нозологий данного ряда сопровождается нарушением социального функционирования – дестабилизацией личностных отношений, искажением привычных форм деятельности и общения. В мировой структуре инвалидности психические расстройства занимают четвертое место и первое место по длительности

сроков инвалидности. Большинство больных с психическими расстройствами, утративших трудоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте (25% в возрасте до 29 лет, 70% – до 40 лет). Почти 95% инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно. Инвалидность по психическим заболеваниям характеризуется значительной тяжестью: 94,2% психически больных инвалидов имеют I или II группу инвалидности, то есть наиболее тяжелую степень нетрудоспособности [5].

В этой работе мы исследовали динамику инвалидности от психических заболеваний взрослого населения за 15-летний период (2000–

2014 г.) в г. Краснодаре (численность населения около 1 млн. человек). В статье использованы данные краевой психиатрической больницы № 7, а также материалы Федерального казённого учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Краснодарскому краю». Численность контингента инвалидов формируется в результате новых случаев выхода на инвалидность и снятия инвалидов с учёта (восстановление трудоспособности, смерть), что аналогично демографическим процессам естественного движения населения (рождаемость, смертность). Значительно менее важную роль играют процессы миграции инвалидов.

Следует отметить, что Краснодарский край и г. Краснодар относятся к числу наиболее динамично развивающихся регионов страны. Так, численность населения края и г. Краснодара за последние десять лет увеличилась почти на 10% и на начало 2015 года составляет 5453,3 тыс. и 969,16 тыс. человек соответственно. Причём после двадцатилетнего периода естественной убыли населения с 2013 года рост рождаемости и снижение смертности делают естественный прирост положительным.

Вместе с этим в последние годы происходят значительные изменения в возрастной структуре населения. Доля детей и в крае, и в городе последние четыре года выросла до 19%, но доля подростков, которая в 2010 и 2011 годах составляла около 24% в численности детей, упала в 2014 году до 12,7% в Краснодаре и 14,7% в крае. Повышение рождаемости, которое регистрируется в последние годы, связано с увеличением численности женщин детородного возраста. Отмеченное уменьшение численности подростков приведёт в ближайшие годы к уменьшению численности женщин детородного возраста и снижению рождаемости.

Подобная демографическая картина отражает нестабильность процессов движения населения, которая была вызвана коренной ломкой социально-экономических основ общества. Новые социально-экономические условия в существенной степени сказались на показателях инвалидности.

За 15 лет нового столетия в Краснодаре контингент инвалидов с психическими болезнями (взрослое население) вырос на 34,7%.

В среднем ежегодный выход на инвалидность составлял 6,3% к численности контингента инвалидов. Следовательно, за 15 лет контингент инвалидов вырос бы почти в два раза (на 94,5%). Но за счет снятия инвалидов с учёта (в основном в связи со смертью) контингент увеличился лишь на 34,7%. Значит, ежегодный прирост составлял примерно 4,0% к численности контингента инвалидов. В начале периода смертность инвалидов была близка к 3,5%, в последующем шло её увеличение, и к 2013 году она составила 5,5%. Рост показателя

смертности инвалидов вызван двумя причинами. Во-первых, постарением возрастной структуры населения города и самого контингента инвалидов, во-вторых, выросшей «тяжестью» инвалидности (рост доли инвалидов первой группы).

Таким образом, можем отметить, что в настоящее время количество людей, страдающих от психического неблагополучия, неуклонно растёт, при этом приводя больного к социальной дезадаптации. Как сам факт наличия психического заболевания, так и прогрессивность его течения могут кардинальным образом влиять на социальное функционирование больных и менять их социальный статус, социальные роли и социальное позиционирование инвалидов в обществе [6].

Современные представления о психических расстройствах и инвалидизации больных, страдающих психическими болезнями, существуют в контексте медицинской и социальной моделей. Социальная модель признает психическое заболевание и инвалидность социальным конструктом. В этом случае изменение социального положения и жизненной ситуации людей, страдающих психическими заболеваниями, возможно только в случае изменения доминирующих представлений о «душевной болезни» и о тех мерах и действиях, которые нужно предпринимать по отношению к «больному». Медицинская модель делает акцент на диагностировании патологии, дисфункции, приписывает индивидам статус больных, девиантов, подлежащих исправлению и/или изоляции. В рамках этой модели лица с психическими заболеваниями, как и инвалиды, рассматриваются как социально незащищенная группа бенефициаров, которой необходимо предоставить специфические услуги, материальные компенсации и льготы [7].

В современной клинической практике все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни как критерия оценки успешности реабилитации. Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие индивидуумом своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и интересами» [8].

Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время представляются одними из важнейших составляющих оценки состояния психически больных. Показатели качества жизни используются для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее динамики, течения (тяжести) заболевания [10]. Показатели качества жизни становятся неперенными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, качества оказываемой им

помощи и должны учитываться при планировании развития психиатрической службы [2].

Существенное значение для оценки перспектив реабилитации и адаптации больных с различной психической патологией придается субъективным оценкам пациентов и их соответствию реально сложившейся ситуации, то есть качеству жизни [2]. Интерес к вопросам качества жизни данной категории больных знаменует собой отход от внимания клиницистов только на имеющейся патологии. Такой подход является в большей степени лично ориентированным, учитывающим характерологические и социальные особенности, успехи, неудачи, суждения и оценки, в том числе касающиеся заболевания и его последствий [4].

В целях изучения качества жизни больных, страдающих психическими заболеваниями, в четвертом квартале 2013 года силами сотрудников кафедры общественного здоровья и здравоохранения Кубанского медицинского института и городской психиатрической больницы было проведено выборочное единовременное исследование мнения инвалидов вследствие психических заболеваний. Генеральная совокупность исследования (контингент инвалидов, состоящих на учёте) отвечала следующим демографическим характеристикам.

В 2013 году в Краснодаре, население которого приближается к миллиону, проживало 770 490 (среднегодовая численность) человек взрослого населения. Среднегодовая численность инвалидов в возрасте старше 18 лет составила 6474, в том числе 3235 мужчин и 3239 женщин. Показатель контингента взрослых инвалидов обоего пола с психическими заболеваниями равнялся 8,4 на 1000 населения соответствующего возраста и был достоверно выше у мужчин. Эта разница увеличивается с возрастом. Средний возраст инвалидов-мужчин составляет 44,0 года, женщин – 52,1 года. Инвалидов первой группы было 21,2% (м. – 17,9%, ж. – 24,4%), второй – 70,6% (м. – 72,5%, ж. – 68,7%), третьей – 8,2% (м. – 9,6%, ж. – 6,9%).

Такая структура объясняется тем, что с возрастом происходит «утяжеление» инвалидности (растет доля инвалидов первой группы и падает доля инвалидов третьей группы). Так, в возрасте старше 60 лет доля инвалидов первой группы составляет у мужчин 39,8%, а у женщин – 42,9%. В то время как в возрастных группах от 20 до 60 лет и у мужчин, и у женщин доля инвалидов первой группы была близка к 10%.

Исходя из того, что нас интересовали достаточно часто встречающиеся признаки, и учитывая относительную однородность материала, общепринятым методом установили, что объём выборочной совокупности должен быть близок 600 единицам наблюдения. Материал собирался методом интервьюирования.

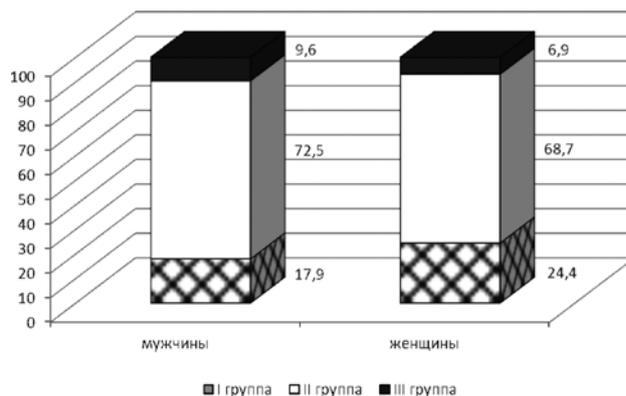


Рис. 1. Распределение контингента по группам инвалидности

Специально разработанная анкета, являющаяся субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни, охватывала четыре блока: паспортно-личностный, анамнестический, стационарный и амбулаторно-поликлинический. Качество жизни рассматривалось авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С помощью опросника осуществляется оценка наиболее крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также измеряется восприятие респондентом качества своей жизни и здоровья в целом.

Однако в статье мы рассматриваем лишь данные о материальном положении инвалидов, сопоставляя их субъективную оценку с данными об источниках и размере дохода семьи, не останавливаясь на других аспектах образа жизни [1].

Опрос проводился анонимно, фамилия инвалида не фиксировалась, респонденты, особенно женщины, охотно вступали в контакт и отвечали на поставленные вопросы. В ходе пробного исследования выяснилось, что многие респонденты настороженно относятся к вопросам о наркотиках и алкоголе, поэтому таких вопросов мы не задавали.

В разработку вошли 640 анкет. Среди опрошенных 46,2% мужчин и 53,8% женщин. В возрасте от 21 года до 59 лет было 80% опрошенных (83,4% мужчин и 78,2% женщин). Средний возраст мужчин составил 44,9 года, женщин – 48,0 года.

Возрастно-половая структура выборочной совокупности несколько отличается от структуры генеральной совокупности, в которой доля мужчин и женщин практически одинакова (женщин больше на 0,13%), а средний возраст женщин больше на 4,1 года. Различие возрастно-полового состава

контингента инвалидов, состоящих на учёте, и опрошенных инвалидов объясняется тем, что опрошенные инвалиды, обратившиеся в диспансер или находящиеся в стационаре. Естественно, здесь было немного пожилых людей, кроме того, как уже отмечалось, женщины охотнее шли на контакт.

Однако эти различия не могут значительно сказаться на итоговых результатах, и потому полученные характеристики благосостояния инвалидов будут достаточно представительными.

Для получения представления о материальном состоянии инвалидов нами были поставлены вопросы о размере пенсии, заработной платы, если инвалид работает, общего дохода семьи, если инвалид живет в семье, и примерного дохода на члена семьи. Подобные вопросы обычно вызывают настороженность респондентов, но ответы в нашем исследовании были достаточно откровенны, о чём мы могли судить по ответам о размере пенсии, поскольку этот размер известен. Оценивая материальное положение, респонденты называли его плохим (доход скудный или крайне скудный), удовлетворительным и хорошим.

Неудовлетворительным материальное положение считают 37,5% опрошенных, удовлетворительным – 59,6%, хорошим – 2,9%. Мужчины оказались менее требовательны, чем женщины. Третья часть мужчин (32,3%) и почти половина женщин (48,9%) оценили своё материальное положение как плохое. Две трети мужчин (64,8%) и половина женщин (50,1%) признают своё положение удовлетворительным. Буквально единицы считают своё положение хорошим.

Практически все инвалиды, которые не имеют других источников дохода, кроме пенсии, оценили материальное положение как плохое. И это понятно, поскольку размер пенсии не намного превышает минимальный размер оплаты труда. Такое положение приводит к тому, что инвалиды третьей и второй групп стремятся работать. Так, число работающих инвалидов третьей группы выросло с 88,5% в 2010 году до 96,1% в 2012-м. Доля трудоустроенных инвалидов второй группы в этот период практически не менялась и была близка к 20%.

Оценка материального положения зависит от тяжести (группы инвалидности). Так, все инвалиды первой группы считают своё материальное положение плохим. И это понятно, ибо никакие материальные средства не могут компенсировать тяжесть повседневного существования этой категории инвалидов.

Удовлетворительным считают свое положение 62,2% инвалидов третьей группы и 58,9% инвалидов второй. Видимо, дело в том, что инвалиды третьей группы лучше преодолевают жизненные трудности в силу меньшей потери способности повседневного функционирования, чем инвалиды второй группы.

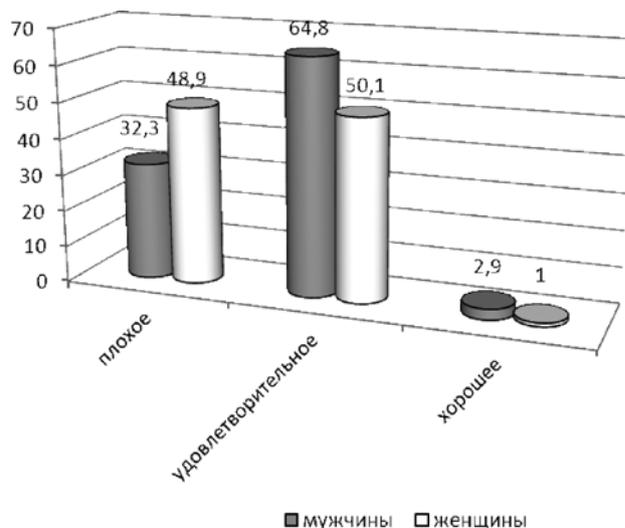


Рис. 2. Оценка инвалидами своего материального положения

Большинство работающих инвалидов в возрасте до 40 лет, проживающих с родителями, считают своё положение вполне удовлетворительным. В таких семьях доход складывается из зарплаты работающих родителей и самого инвалида.

При примерно одинаковых уровнях дохода женщины считают своё положение более тяжёлым, чем мужчины. Вероятно, это связано с развитым чувством ответственности и беспокойства не только о себе, но и о других членах семьи.

Следует отметить, что с точки зрения сотрудников, проводивших опрос, инвалиды предъявляют очень скромные требования к условиям жизни.

В заключение следует сказать, что происходящие в крае демографические сдвиги (перманентный рост численности населения, постарение возрастной структуры населения, рост среднего возраста живущих, увеличение средней продолжительности предстоящей жизни) даже при мало изменяющейся распространенности психических болезней будут вести к росту численности инвалидов. Поэтому совершенствование всего комплекса мер реабилитации инвалидов и повышение качества их жизни будут формировать важный блок задач как системы здравоохранения и социального обеспечения, так и общества в целом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Войцехович Б. А., Шапошников Н. Н. Некоторые аспекты образа жизни инвалидов с психическими заболеваниями // Проблемы современной медицины: актуальные вопросы: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – Красноярск, 2015. – С. 142–144.
2. Денисов Е. М. Социальное функционирование и качество жизни женщин, страдающих нарушениями психической деятельности, в зависимости от длительности болезни // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 11 (79). – С. 6–71.

3. Диагностика здоровья: психологический практикум / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб: Речь, 2007. – С. 454–484.
4. Кирьянова Е. М., Сальникова Л. И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, вып. 3. – С. 73–75.
5. Митихина И. А., Митихин В. Г., Ястребов В. С. Системный анализ показателя инвалидности вследствие психических заболеваний в современных российских условиях // Психиатрия. – 2009. – № 4–6. – С. 40–42.
6. Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. – М., 2008. – 301 с.
7. Романов П., Ярская-Смирнова Е. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов: Научная книга, 2006. – 265 с.
8. Amir M. The world health organization quality of life assessment // *Europ. psychiat.* – 1994. – Vol. 9. Suppl. 1. – P. 68.
9. Cella D. F. Quality of life outcomes: measurement and validation // *Oncology.* – 1996. – № 11. – P. 23346.
10. Katsching H. Methods for measuring social adjustment // *Methodology in evaluation of psychiatric treatment* / Ed. T. Helgason. – Cambridge: University Press, 1983. – P. 205–218.
11. Quality improvement for mental health. – Geneva: World health organization, 2003. – 74 p.
12. World health organization: Who quality of life group. – Geneva, 1993.

Поступила 20.02.2016

О. А. ШУЛАКОВА<sup>1</sup>, К. Г. ГУРЕВИЧ<sup>2</sup>, С. К. ЗЫРЯНОВ<sup>3</sup>

## ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

<sup>1</sup>Инфекционное отделение для новорожденных ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ, Россия, 123317, г. Москва, Шмитовский проезд, 29;

<sup>2</sup>кафедра ЮНЕСКО ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, Россия, 127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, 20;

<sup>3</sup>кафедра клинической фармакологии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Россия, 117437, г. Москва, ул. Островитянова, 1, тел. 8-9154193790. E-mail: Shylakova@gmail.com

Значимой проблемой неонатального возраста по-прежнему остается инфекционная патология. Особое место среди нее занимает инфекция мочевыделительной системы: частота встречаемости – 23%. Основным источником инфекционной патологии для новорожденного является мать. В статье представлены фармакоэкономическая оценка развития осложнений во время беременности и их влияние на удорожание помощи новорожденным детям с течением инфекции мочевыделительной системы.

**Ключевые слова:** инфекция мочевыделительной системы, новорожденные, фармакоэкономическая оценка.

О. А. SHULAKOVA<sup>1</sup>, К. G. GUREVITCH<sup>2</sup>, S. K. ZYRYANOV<sup>3</sup>

PHARMACOECONOMIC ASSESSMENT OF URINARY TRACT INFECTIONS IN INFANTS BORN TO MOTHER WITH PATHOLOGICAL PREGNANCY

<sup>1</sup>Infectious disease clinic for newborns GBUZ DGKB № 9 nam. G. N. Speranskii DMD; Russia, 123317, Moscow, Shmitovski passage, 29;

<sup>2</sup>department of UNESCO MSMSU nam. A. I. Evdokimov, Russia, 127006, Moscow, Dolgorukovskaya str., 20;

<sup>3</sup>department of clinical pharmacology «RSIMU nam. N. I. Pirogov», Russia, 117437, Moscow, Ostrovitaynova str., 1, tel. 8-915-4193790. E-mail: Shylakova@gmail.com

The main problems of neonatal period is infectious pathology. A special place among which is an infection of the urinary system, the incidence of 23%. The main source for infectious pathologies of newborn is the mother. The article presents pharmacoeconomic assessment of complications during pregnancy and their impact on the rise in children with neonatal infections over the urinary system.

**Key words:** urinary tract infection, newborn, pharmacoeconomic score.