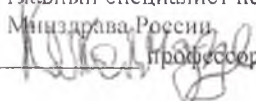


Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»
Министерство здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ФГБУ «ФМИЦПН им.В.П.Сербского»
Минздрава России,
главный специалист психиатр
Минздрава России,
 профессор З.И. Кекелидзе

« 30 » ноября 2015 г., протокол Ученого
совета №10

**ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ
ЭКСПЕРТИЗ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫМ**

Методические рекомендации

Москва – 2015

УДК
ББК

УДК
ББК

Методические рекомендации подготовлены в соответствии с исполнением поручения МЗ РФ от 17.07.2015 исх. № 14-1/1128, профессором, доктором медицинских наук **Е.В. Макушкиным**¹, профессором, доктором медицинских наук **А.А. Ткаченко**¹, доктором медицинских наук **Г.А. Фастовцовым**¹, кандидатом медицинских наук **М.В. Синециным**², кандидатом медицинских наук **Е.В. Клембовской**¹, кандидатом медицинских наук **О.И. Печенкиной**¹.

1. ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России

2. ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 30.11.2014 г., протокол № 10.

Рецензенты:

Р.Г. Валигуров – доктор медицинских наук, профессор, Главный специалист психиатр МЗ РБ и ПФО РФ, главный врач РКБ № 1 МЗ республики Башкортостан.

В.А. Руженков – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВПО Белгородский государственный национальный исследовательский университет.

Н.К. Харитонов – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Макушкин Е.В., Ткаченко А.А., Фастовцов Г.А., Синецын М.В., Клембовская Е.В., Печенкина О.И. **Особенности проведения судебно-психиатрических экспертиз больным туберкулезом и ВИЧ-инфицированным: Методические рекомендации.** – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2015. – с.

В методических рекомендациях рассмотрены и обоснованы особенности проведения СПЭ больным туберкулезом и ВИЧ-инфицированным с учетом сложившейся эпидемиологической ситуации для адекватной экспертной оценки их психического состояния, релевантного юридически значимому событию. Кратко отражены различные психические расстройства, возникающие на фоне туберкулеза и ВИЧ-инфекции и приема специфических препаратов. Для интенсификации работы СПЭУ предложены варианты лечебно-профилактических маршрутов поведения экспертиз таким пациентам.

Для психиатров общей практики, психологов, судебных психиатров, юристов.

ББК

ISBN

© Макушкин Е.В., Ткаченко А.А., Фастовцов Г.А. и др., 2015.

© ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015.

Введение. Туберкулез и ВИЧ-инфекция относятся к инфекционным заболеваниям, представляющих опасность для окружающих, в связи с этим проведение судебно-психиатрических экспертиз у больных этими заболеваниями имеет свои особенности. Наименьший показатель заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации (РФ) отмечался в 1991 году, затем отмечался рост вплоть до 2000 года, затем наступила стабилизация. Минимальный показатель смертности от туберкулеза в РФ отмечался в 1989 году – 7,4 на 100 тыс. населения, при продолжающемся снижении заболеваемости туберкулезом показатель смертности начал расти и в 2005 году составил 22,6 на 100 тыс. населения. Начиная с 2010 года, в РФ отмечается отчетливая тенденция к улучшению эпидемической ситуации по туберкулезу, которая сохраняется и в последние годы. Если в 2008 году заболеваемость туберкулезом составляла 85,1 на 100 тыс. населения, то в 2009 году – 82,6 на 100 тыс. населения, а в 2010 году уже – 76,9 на 100 тыс. населения. В 2014 году этот показатель продолжил свое снижение и составил 59,5 на 100 тыс. населения, что по сравнению с 2013 годом (63,0 на 100 тыс. населения) меньше на 5,6%. Распространенность туберкулезом также уменьшается, в 2005 году показатель распространенности туберкулеза составлял 208,6 на 100 тыс. населения, в 2008 году – 190,6 на 100 тыс. населения, в 2009 году – 185,1 на 100 тыс. населения, в 2010 году – 177,4 на 100 тыс. населения. За два последних года (с 2013 по 2014) показатель уменьшился на 6,9%, с 147,5 до 137,3 на 100 тыс. населения. Показатель смертности от туберкулеза также значительно уменьшился, в 2005 году от туберкулеза умерло 32 292 человека (22,6 на 100 тыс. населения), в 2008 году – 17,9 на 100 тыс. населения, 2009 году – 16,8 на 100 тыс. населения, 2010 году – 15,3 на 100 тыс. населения. Показатель смертности от туберкулеза в 2014 году по сравнению с 2013 годом снизился на 10,6% (с 11,3 до 10,1 на 100 тыс. населения). Одной из основных проблем в лечении туберкулеза, препятствующей дальнейшему улучшению эпидемической ситуации по туберкулезу является наличие лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, особенно множественной (МЛУ). В 2005 году распространенность МЛУ соответствовала 15,9 на 100 тыс. населения, в 2008 году – 18,6 на 100 тыс. населения, в 2009 году – 20,5 на 100 тыс. населения, в 2010 году – 21,9 на 100 тыс. населения, 2014 году рост продолжался с 24,2 на 100 тыс. населения в 2013 году до 24,8 на 100 тыс. населения. С 2005 года по 2010 год доля больных с МЛУ среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ), выросла с 18,5% до 30,1%, за 2013 – 2014 гг. доля увеличилась с 40,0% до 43,6%. Также отмечается рост доли МЛУ среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания бактериовыделителей – с 16,3% в 2012 году до 17,4% в 2013 году, и до 20,4% в 2014 году.

Дальнейшее улучшение эпидемиологических показателей по туберкулезу в РФ сдерживает рост ВИЧ-инфекции, увеличение доли сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекции. Общее число постоянных жителей РФ, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных на 31 декабря 2014 г., составило 907 607 человек (по данным Роспотребнадзора), из них умерло по разным причинам 184 148 ВИЧ-инфицированных, в том числе 24 416 в 2014 году (на 9,1% больше, чем в 2013 г.). В 2014 году территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД было сообщено о 85 252 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан РФ, что на 6,9% больше, чем в 2013 году. По мнению экспертов ВОЗ, туберкулез является причиной по меньшей мере одной из четырех смертей среди людей, живущих с ВИЧ. Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза, особенно при выявлении лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза, определяет тяжесть двойной, наслаивающейся друг на друга, эпидемии. Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России продолжается практически во всех регионах, причем за счет доли больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Растет доля больных сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией, что связано не только с увеличением ВИЧ-инфицированных лиц, но и в большей степени со снижением заболеваемости туберкулезом. Распространенность ВИЧ-инфекции в России уже с 2008 года стала превышать распространенность туберкулеза, а заболеваемость с 2014. В 2014

году заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила 63,4 на 100 тыс., туберкулезом 59,5 на 100 тыс., распространенность 357,7 и 137,3 на 100 тыс. – соответственно.

По результатам исследования, проведенного в 2010 году, в нашей стране впервые был обнаружен средний уровень (5-15%) распространенности передаваемой лекарственной устойчивости ВИЧ, что может потребовать пересмотра стандартов лечения и схем терапии ВИЧ-инфекции первого ряда. Ситуация усугубляется высокой гомогенностью ВИЧ-1 на территории страны в целом, т.к. подавляющее большинство инфицированных ВИЧ (более 90%) были инфицированы субтипом А1.

При росте числа ВИЧ-инфицированных и увеличения количества медицинских манипуляций, проводимых при оказании им стационарной и амбулаторной медицинской помощи, за последние 5 лет число зарегистрированных, так называемых, аварийных случаев с медицинским персоналом возросло в 1,5 раза. Подобная тенденция влечет за собой необходимость своевременной организации и проведения химиопрофилактики профессионального заражения ВИЧ для большего числа медицинских работников и обеспечения лечебно-профилактических организаций антиретровирусными препаратами для этих целей.

В условиях тревожной эпидемиологической ситуации имеется проблема как организации судебно-психиатрической экспертизы лицам, страдающим туберкулезом, ВИЧ-инфицированным, так и адекватной экспертной оценки их психического состояния, релевантного юридически значимому событию.

Психические расстройства при туберкулезе.

На сегодняшний день описаны различные психические расстройства, возникающие на фоне туберкулеза. Они могут возникать как реакция на объявленный пациенту диагноз, необходимостью длительного лечения в изоляции от привычной обстановки, а также при появлении косметических или физических дефектов в результате заболевания.

Распространенным переживанием пациентов, страдающих расстройствами невротического спектра, являются навязчивые идеи о том, что их общество неприятно другим людям, и что окружающие испытывают чувство брезгливости и снисходительность по отношению к ним. Человек, которому установили диагноз, узнает о необходимости длительного стационарного лечения, его может испугать возможность инвалидности, утрата работы, отсутствие возможности заниматься тем, что ему нравится, некорректное поведение со стороны родственников и пр. Психогения также может быть связана с грубым и невнимательным отношением медицинского персонала.

Психогенные реакции чаще всего проявляются депрессивным состоянием, сопровождающимся чувством тревоги, беспокойства, связанным с заболеванием; мыслями о безнадежности, обреченности; страхом и беспокойством не только за свое здоровье, но и за здоровье близких людей, особенно детей. Психические нарушения также часто обнаруживаются в виде астенического симптомокомплекса. Наряду с астенией у больных туберкулезом наблюдаются аффективные расстройства, преимущественно эйфория. Больные становятся благодушными, чрезвычайно общительными, многоречивыми, подвижными, строят нереальные планы. Им свойственна переоценка своей личности, своих способностей и возможностей, отсутствие критического отношения к собственному болезненному состоянию. Довольно типично, что такие состояния могут сменяться раздражительностью вплоть до злобно-агрессивных вспышек или же безразличием, также как и двигательное беспокойство - быстрой утомляемостью и истощаемостью. При многолетнем хроническом течении туберкулеза больные становятся несдержанными, склонными к конфликтам, либо заторможенными, чрезвычайно ранимыми, робкими и застенчивыми.

Психические расстройства, вызванные самим туберкулезным процессом, в основном связаны с общей интоксикацией и особенно отчетливо выступают на первый план при миллиарном туберкулезе, туберкулезном менингите, подостром диссеминированном и далеко зашедшем фиброзно-кавернозном туберкулезе.

При интоксикации чаще всего развиваются апатические состояния. Больные почти все время лежат, не проявляют никаких желаний и стремлений, ни к кому не обращаются, односложно отвечают на вопросы, производят впечатление людей, глубоко равнодушных как к своему состоянию, так и к окружающим.

Психические нарушения, связанные с туберкулезом, обычно соответствуют тяжести и длительности течения болезни (степень интоксикации, распространенность и характер локальных поражений). Обычно эти нарушения ограничиваются различными органическими психическими расстройствами, астеническими, психоорганическими, психопатоподобными, аффективными. Присоединение эпилептиформных припадков дает повод заподозрить поражение туберкулезом головного мозга. Существует мнение, что психозы при туберкулезе связаны не с самим заболеванием, а с применением противотуберкулезных средств. Различают психические расстройства, вызванные туберкулезной интоксикацией и связанные с приемом некоторых специфических противотуберкулезных препаратов.

Истинные психозы при туберкулезе весьма редки и возникают в связи с большой тяжестью туберкулезного процесса и туберкулезной интоксикацией. В таких случаях наблюдаются синдромы помрачения сознания, амнестический симптомокомплекс, галлюцинаторные и бредовые расстройства. Последние могут носить характер идей величия, ревности, преследования. Встречаются шизофреноподобные состояния с импульсивными поступками. Появление шизофреноподобной симптоматики необходимо дифференцировать с собственно шизофреническим процессом и органическим бредовым расстройством.

При туберкулезном менингите на разных стадиях заболевания могут наблюдаться психические нарушения. Продромальный период менингита характеризуется вялостью, плаксивостью, раздражительностью, подавленностью. В разгар заболевания сознание изменяется чаще всего по типу оглушения с той или иной глубиной выраженности этого синдрома. Возможны эпилептиформные проявления, а также помрачение сознания в виде делирия, аменции или онейроида. Подобные состояния сопровождаются выраженными аффективными расстройствами и двигательным возбуждением. Симптомы туберкулезной интоксикации довольно быстро купируются на фоне противотуберкулезной химиотерапии, однако некоторые препараты способны вызвать достаточно серьезные психические расстройства.

По выходе из болезненного состояния у лиц, перенесших туберкулезный менингит, довольно длительное время держится астенодепрессивное состояние. У детей это заболевание может привести к задержке психического развития или развитию психопатоподобных особенностей.

Психические расстройства, вызванные применением противотуберкулезных препаратов, проявляются в виде раздражительности, вспыльчивости, плаксивости, повышенной утомляемости, плохого сна. В других случаях наблюдаются выраженные психотические нарушения: синдромы помрачения сознания, тяжелые аффективные расстройства, а также слуховые и зрительные обманы восприятия. Побочные действия от противотуберкулезных препаратов возникают, как правило, при лечении препаратами ГИНК (в основном изониазидом), этионамидом и циклосерином. Своевременная отмена препарата, применение дезинтоксикационной и симптоматической терапии, как правило, приводит к быстрой нормализации психического состояния.

Заболеваемость туберкулезом среди больных, состоящих на учете в психоневрологических учреждениях выше, чем среди психически здорового населения. При выявлении большого туберкулеза в психиатрическом стационаре он переводится для лечения в специализированное туберкулезное отделение. Лечение большого туберкулеза с сопутствующей психиатрической патологией затруднено в связи с невозможностью проведения адекватной химиотерапии из-за наличия противопоказаний к ряду противотуберкулезных препаратов. Тяжесть течения туберкулеза у этой категории

больных связана не только с медицинскими аспектами, но и социальными. Такие больные, утрачивая интерес к окружающему, находятся в состоянии апатии, адинамии. В основном это лица, страдающие шизофренией и различными видами слабоумия. Несмотря на целый ряд трудностей в большинстве случаев удается справиться с туберкулезной инфекцией у психически нездоровых пациентов благодаря комплексному подходу к лечению.

Туберкулез протекает более благоприятно, если психически больные физически активны, получают соответствующее лечение психотропными препаратами, социально благополучны. Больные, не потерявшие адекватного отношения к окружающему миру, сохранившие инициативу и, самое главное, интерес к полезному труду, справляются с туберкулезом гораздо легче.

Патогенез и формы туберкулеза у психически больных и у психически здоровых людей не различаются. Выявление туберкулеза у психически больных затруднено из-за отсутствия жалоб, трудности сбора анамнеза, стертых клинических симптомов вследствие понижения реактивности организма, поэтому чрезвычайно важно проводить им регулярное флюорографическое обследование (не реже 2-х раз в год). Кроме того, развитие психического расстройства может маскировать некоторые симптомы туберкулеза. Туберкулез легких с бактериовыделением у психически больных представляет большую опасность, поскольку такие пациенты часто не соблюдают правил гигиены.

Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-инфекция – это заболевание, передающееся медленным ретровирусом (Т-клеточный лимфотрофический вирус), который обладает лимфотропными и нейротропными свойствами и, следовательно, может непосредственно поражать нервную систему, вызывая разнообразные неврологические (миелопатия, невропатия) и психические (аффективные и психопатоподобные нарушения, деменция, психозы) расстройства. Вирус (ВИЧ) обнаруживается в крови, сперме, слезах, цервикальных и вагинальных выделениях, слюне и спинномозговой жидкости, грудном молоке заболевших. Период времени между инфицированием и возникновением антител (так называемый «серонегативный период» может длиться от 3-4 недель до 10-12 мес, в исключительных случаях дольше.

Психические расстройства могут предшествовать диагнозу ВИЧ-инфекция и могут быть обострены связанными с ним стрессорами, включая некоторые лекарственные препараты против ВИЧ. ВИЧ-инфицированные страдают от множества проблем, которые могут проявиться на разных стадиях болезни. Они могут переживать разного рода психологические и психосоциальные проблемы на протяжении всего периода жизни с болезнью и приспособления к ней.

Психические расстройства, связанные с ВИЧ-инфекцией, могут появляться в результате осознания человеком, что он болен смертельной болезнью, или быть результатом психосоциального стрессора, сопутствующего болезни, таким, например, как стигма и дискриминация (т.е., иметь психогенное происхождение). Психические расстройства также могут появляться в результате неврологических изменений центральной нервной системы вследствие поражающего воздействия ВИЧ, вирусом оппортунистических инфекций или соответствующего лечения (т.е., иметь экзогенно-органический генез).

Пациенты с ВИЧ-инфекцией сталкиваются с большим количеством стрессоров, которым подвергаются все люди, и особенно пациенты с хроническими заболеваниями: продолжительный дискомфорт, физический спад, физическая и финансовая зависимость и необратимая смерть. Эти факторы способствуют преобладанию психических расстройств среди людей с хроническими заболеваниями (30-50%) по сравнению со здоровым населением (15-30%); частота суицида у них в 7-37 раз выше, чем в других демографически сравниваемых группах. И все же, пациенты с ВИЧ-инфекцией сталкиваются с множеством дополнительных проблем, с которыми обычные больные

люди не встречаются. Кроме этого, выраженная стигма и дискриминация постоянно сопровождает ВИЧ-инфекцию. Стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ-инфекцией, могут привести к отсутствию поддерживающей сети для людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), что более увеличивает их шансы на психические заболевания.

Психогенно спровоцированные психические расстройства

Психические расстройства при ВИЧ-инфекции можно разделить на следующие группы:

- расстройства адаптации;
- аффективные, невротические расстройства;
- реактивные состояния (психогенно спровоцированные расстройства), связанные с психологическими и социальными проблемами больных;
- экзогенно-органические психические расстройства вследствие повреждения ВИЧ головного мозга;
- коморбидные состояния.

Чаще всего у ВИЧ-инфицированных лиц развиваются психогенные расстройства в виде расстройств адаптации с тревогой и депрессией, невротическими синдромами. За счет постоянного воздействия стрессовых факторов, у больных ВИЧ-инфекцией провоцируется высокий уровень тревоги с ажитацией, паникой, идеями самообвинения, чувством безысходности, отчаяния, гнева, что может быть обусловлено как взаимодействием личностной и ситуационной тревоги, так и являться одним из компонентов депрессии. Отличительной особенностью тревоги является ее сочетание с ощущением беспомощности, неуверенности в себе, бессилия перед внешними факторами, преувеличением их угрожающего характера. Указанные расстройства сопровождаются нарушением сна, раздражительностью, трудностями концентрации внимания, а также злоупотреблением психоактивными веществами, что носит симптоматический характер и является попыткой совладать с новостью о ВИЧ-инфекции.

Для клинических проявлений ВИЧ-инфицированности также характерны обсессивно-компульсивные расстройства. Больные обследуют свое тело в поисках специфической сыпи, подозрительных пятен, их беспокоят навязчивые воспоминания о половых партнерах, от которых могло произойти заражение, постоянные мысли о смерти или процессе умирания, опасения заражения родственников бытовым путем.

Депрессия – самое частое психическое расстройство у ВИЧ-инфицированных, выявляемое примерно у 60% больных. Нарушение может быть эпизодическим или хроническим. Риск самоубийств у ВИЧ-инфицированных выше, чем у населения в целом. Пик суицидов приходится на первые 2 года после постановки диагноза ВИЧ-инфекции, а частота самоубийств среди больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции более чем в 20 раз превышает популяционный уровень. Как правило, заболевший ВИЧ-инфекцией оказывается в социальной изоляции из-за страха заражения. Кроме того, более 80% этих пациентов страдают наркоманией, имеют криминальный опыт и опыт пребывания в местах лишения свободы. Они стигматизированы, на них висит ярлык «изгоев общества», и они реагируют на это аутоагрессивными формами поведения вплоть до суицидального.

Учитывая тот факт, что психическое состояние ВИЧ-инфицированных лиц нестабильно, отличается «реактивной хрупкостью», в субъективно сложных ситуациях у больных могут развиваться декомпенсации, сопровождающиеся заострением нажитых личностных особенностей (обидчивость, ранимость, тревожность, эгоцентричность), депрессивными расстройствами, развитием сверхценных труднокорректируемых образований ипохондрического содержания, сензитивных идей отношения.

Формирование изменений личности обусловлено тем, что острая психогения (в данном случае известие о ВИЧ-инфекции) является пусковым механизмом, приводящим к формированию патохарактерологических особенностей, постепенно меняющих структуру личности за счет сочетания эмоционального уплощения и монотонности с эмоциональной лабильностью (Калачов Б.П., 1971; Фелинская Н.И., 1980). У таких больных также могут

развиваться реактивные состояния: от психической дезорганизации и аффективных, расстройств до истерических, ипохондрических и параноидных психозов.

Экзогенно-органические психические расстройства в связи с непосредственным поражением вирусом головного мозга

Развитие ВИЧ-инфекции может приводить к формированию диффузной энцефалопатии, подострого энцефалита, менингита, менингеальной и церебральной лимфомы, церебральной геморрагии, церебрального артериита. В связи с этим у больных могут развиваться различные психические расстройства. Синдром ВИЧ-ассоциированного делирия характеризуется психомоторным возбуждением с тенденцией к испугу. Повышенная активность выражается в повторяющихся бессмысленных поступках, тогда как «профессиональный делирий» встречается реже. Может наблюдаться агрессивное поведение. Пациент обычно дезориентирован во времени, а может быть и в пространстве. Нарушено восприятие окружающих событий. В сознании доминируют фантазии и субъективные представления. Мышление часто дезорганизовано, могут наблюдаться быстротечные иллюзии, среди которых иллюзии первого порядка являются редкостью, тогда как обычной темой являются нависшие несчастья или странные явления вокруг. Память на недавние события обычно нарушена, могут наблюдаться конфабуляции.

Предшествующее повреждение мозга, а также злоупотребление алкоголем и наркотиками считаются факторами риска для развития синдрома ВИЧ-ассоциированного делирия. Развивается он чаще на фоне ВИЧ-ассоциированной деменции и асептического менингита.

Судорожный синдром при ВИЧ-инфекции является частым клиническим признаком оппортунистических вирусных и грибковых инфекций, новообразований и СПИД-дементного синдрома. При отсутствии другой очаговой симптоматики судороги могут быть проявлением цитомегаловирусной инфекции. Тяжелые метаболические расстройства при гипоксии, почечной и печеночной недостаточности, токсическое действие лекарственных средств также могут вызвать судороги при ВИЧ-инфекции.

Определенный уровень когнитивных нарушений выявляется у половины пациентов ВИЧ-инфекцией. К ним относятся афазия, когнитивные нарушения, интеллектуальное снижение. В начале заболевания они мало выражены и могут быть выявлены только нейропсихологическими тестами в динамике. Нейропсихологическое тестирование демонстрирует нарушение внимания, замедление моторных функций и процесса узнавания.

Деменция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (HIV dementia), отвечает критериям клинической диагностики деменции и характеризуется жалобами на забывчивость, медлительность, трудности в концентрации внимания и в решении задач и чтении. Часто имеют место апатия, снижение спонтанной активности и социальная отгороженность. Неврологическое обследование обнаруживает дизартрию, тремор, нарушение быстрых повторных движений, нарушения координации, атаксию, генерализованную гиперрефлексию, лобное растормаживание и нарушение глазодвигательных функций, хорееформные явления. Обычно деменция при ВИЧ-инфекции быстро прогрессирует в течение недель и месяцев до маразма и летального исхода.

СПИД-дементный синдром (AIDS-dementia, HIV encephalopathy) обусловлен поражением подкорковых структур ЦНС на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Основное клиническое проявление СПИД-дементного синдрома – прогрессирующее снижение интеллекта. Точная причина развития этого состояния при ВИЧ-инфекции неизвестна. Одним из факторов нарушения функции ЦНС, очевидно, является прямое повреждающее действие ВИЧ. Поэтому клинические проявления СПИД-дементного комплекса сходны с болезнью Паркинсона, для которой также характерно поражение подкорковых структур. СПИД-дементный комплекс при ВИЧ-инфекции, как правило, развивается на фоне вирусных и грибковых инфекций в стадии вторичных заболеваний. Ретровирус HTLV-III,

поражающий Т-хелпер лимфоциты с гибелью последних, приводит к исчезновению ответа организма на внедрение инфекционных агентов, активизации бактериальных, грибковых и вирусных инфекций, в основном в силу нейротропности поражает центральную нервную систему, в частности – головной мозг (токсоплазмоз, криптококковый менингит, лимфома).

ВИЧ-инфекция, коморбидная предшествующим психическим расстройствам

Разные исследования показывают, что от 20 до 73% болеющих ВИЧ-инфекцией имеют расстройства, связанные с зависимостью от психоактивных веществ. Объясняют тем, что среди ВИЧ-инфицированных пациентов глубокая депрессия увеличивает употребление алкоголя и наркотиков и уменьшает мысли о своей личной безопасности.

Присоединение ВИЧ-инфекции видоизменяет клиническую картину шизофрении. Трансформация клинической картины происходит за счет появления симптоматики, характерной для экзогенно-органических психических расстройств. Характерным является появление органических изменений личности с застойностью, торпидностью аффекта и мышления. ВИЧ-инфицированные больные шизофренией в сравнении с больными шизофренией без сопутствующей ВИЧ-инфекции имеют более высокий уровень когнитивного снижения. При биполярном аффективном расстройстве (БАР) по выходе из маниакального состояния в интермиссию сохраняются тревожные и депрессивные расстройства, связанные с личностной реакцией на инфицирование.

Организация проведения судебно-психиатрической экспертизы

При проведении судебно-психиатрической экспертизы основное значение для заключения о наличии или отсутствии юридически значимого психического состояния обследуемого лица имеет диагностика наличия или отсутствия у него психических расстройств, их квалификация применительно к конкретному правовому событию. При этом большую роль играет оценка текущего и прошлого психического состояния пациента, прогноз течения психических расстройств, выяснение влияния нарушений психики на его поведение в исследуемой ситуации. В связи с этим главным при проведении судебно-психиатрической экспертизы является диагностический процесс. То или иное экспертное решение зависит от правильности и достоверности диагноза. Следует отметить, что в отличие от диагностического процесса в общей психиатрии и медицине в целом, в случае экспертной диагностики обязательными являются два этапа оценки психического состояния пациента (подэкспертного).

Первый этап заключается в установлении психического расстройства и его нозологической принадлежности (диагноз и психический статус имеющегося заболевания).

Второй этап состоит в сопоставлении выявленных у подэкспертного расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в соответствии с которой была назначена экспертиза (судебно-психиатрическая экспертная оценка). При этом могут выявляться психические расстройства, исключающие либо ограничивающие вменяемость подозреваемых и обвиняемых, возможность давать показания свидетелями и потерпевшими в уголовном процессе, психические расстройства, исключающие дееспособность либо сделкоспособность в гражданском процессе, психические расстройства, обуславливающие необходимость назначения принудительного лечения, и ряд других юридически значимых психических расстройств.

Экспертное исследование включает:

- психиатрическое исследование, состоящее из сбора объективного анамнеза по материалам дела и медицинской документации и субъективного анамнеза, проведения клинического (психопатологического) физикального, инструментальных и функциональных методов исследования, привлечения врачей-консультантов других специальностей (невролога, терапевта, окулиста и др.);

- экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и

вопросов, поставленных перед психологом врачом судебно-психиатрическим экспертом (в рамках однородной судебно-психиатрической экспертизы) или судом (в рамках комплексной судебно-психиатрической экспертизы);

- сексологическое исследование (в рамках комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы).

Организация проведения судебно-психиатрической экспертизы ВИЧ-инфицированным лицам

В настоящее время ВИЧ-инфицированные лица уже не представляют собой редкость среди всего контингента лиц, подвергающихся судебно-психиатрическому исследованию. При проведении СПЭ пути возможного заражения (незащищенный половой контакт с инфицированным партнером; использование наркозависимыми общих шприцов и игл; переливание крови и компонентов крови; беременность, роды, грудное вскармливание; контакт медицинского персонала с жидкостями больного через повреждения на коже) практически исключены. Поэтому препятствия для поступления на стационарное или амбулаторное обследование практически отсутствуют. Исключением являются признаки прогрессирования ВИЧ-инфекции, проявляющиеся в виде вторичных заболеваний, требующих стационарного лечения, и осложнений, связанными с течением вторичных заболеваний (кровотечения, перфорации полых органов и т.д.), а также вторичных заболеваний, которые могут представлять опасность для окружающих (в основном туберкулез органов дыхания).

Основой профилактики внутривидеостационарного инфицирования ВИЧ-инфекцией является соблюдение противозидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с установленными требованиями (СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», зарегистрированного в Минюсте России 9 августа 2010г. № 18094). Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент рассматривается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

Экспертная оценка данной категории лиц так же, как и вообще при СПЭ, должна основываться на установлении и клинической оценке степени выраженности имеющихся психических нарушений, развившихся до заражения ВИЧ-инфекцией, протекающих на их фоне либо возникших в результате инфицирования.

Клинически выраженное слабоумие обычно не вызывает сомнений при его клинической квалификации и признании этого лица невменяемым либо недееспособным. Однако следует учитывать, что в этих случаях у больных нередко сохраняются привычные стереотипные формы поведения, в связи с чем эти лица могут внешне производить впечатление достаточно сохранных. Только более углубленное клиническое обследование выявляет за этим значительное нарушение мыслительной деятельности и критики, которые лишали данное лицо способности осознавать фактический характер своих действий либо руководить ими при совершении противоправных действий, а также при совершении гражданских актов.

При наложении различных добавочных вредностей у ВИЧ-инфицированных часто возникают различные по своей клинической структуре и глубине состояния декомпенсации вплоть до психотических форм. При констатации психотических состояний в период совершения инкриминируемых им деяний эти лица также должны признаваться невменяемыми.

Однако чаще ВИЧ-инфицированные лица не утрачивают способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, в связи с чем они признаются вменяемыми. Это лица с психопатоподобными расстройствами, с эпилептиформными синдромами, незначительными изменениями личности по психоорганическому типу.

Следует учитывать роль дополнительных вредностей (психогении, инфекционные и простудные заболевания и т.д.), которые оказывают существенное влияние не только на

вся клиническую картину ВИЧ-инфекции, но и на психопатологические ее проявления. В связи с этим, психическое состояние ВИЧ-инфицированных лиц нестабильно, отличается чрезвычайной лабильностью, и экспертное заключение при судебно-психиатрическом освидетельствовании одного и того же лица на разных этапах развития ВИЧ-инфекции может быть различным. Это связано не только с развитием психотических состояний, но и с возможным изменением степени выраженности многих других психопатологических синдромов заболевания.

Значительная аффективная неустойчивость, психическая инертность с концентрацией на отрицательно окрашенных переживаниях, вегетативно-сосудистая лабильность являются причиной возникновения у этих лиц в психогенно-травмирующей ситуации реактивных состояний, которые могут принимать затяжное течение. Возможны различные сочетания психогенных и органических психопатологических проявлений. Под влиянием психической травмы обостряются и углубляются симптомы психоорганического дефекта личности, в других – психогенная реакция принимает форму органических симптомов, в третьих – психогенная реакция маскирует психоорганический дефект, который обнаруживается только после сглаживания реактивных наслоений. В этих случаях для более точной экспертной квалификации рекомендуется не решать диагностических и экспертных вопросов при первичном освидетельствовании, а направлять больных на принудительное лечение до сглаживания психогенных наслоений и уже после этого решать диагностические и экспертные вопросы.

Организация проведения судебно-психиатрической экспертизы лицам, страдающим туберкулезом

Основной проблемой в проведении СПЭ больным туберкулезом является эпидемиологическая опасность, которую они могут представлять. СПЭ должна проводиться в соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 г. № 60 (зарегистрированы в Минюсте РФ 06.05.2014г.№32182). Следует учитывать, что больные активным туберкулезом вне зависимости от наличия бактериовыделения представляют в той или иной степени эпидемиологическую опасность. В связи с этим больные активным туберкулезом не могут проходить обследование в стационаре или амбулаторно на общих основаниях. Наиболее предпочтительным является проведение СПЭ у больных активным туберкулезом в специализированном инфекционном боксе в учреждении, проводящем СПЭ. Тем самым достигается изоляция больного, соблюдаются меры инфекционного контроля. Однако в большинстве судебно-психиатрических учреждений инфекционные боксированные отделения отсутствуют. Альтернативным вариантом организации СПЭ больным туберкулезом является ее проведение в противотуберкулезных учреждениях, где открывают специализированный кабинет (или временно выделяют помещение) для обследования больных туберкулезом в рамках СПЭ. Больные туберкулезом без бактериовыделения и больные туберкулезом с внелегочной локализацией процесса могут быть обследованы с целью СПЭ амбулаторно, при этом необходимо выделить отдельные часы (дни) приема, исключить контакты с прочими пациентами, сократить по возможности круг контактных лиц. Медицинский персонал, контактирующий с больным туберкулезом, должен соблюдать меры инфекционной безопасности, применяя средства индивидуальной защиты (специальная одежда, респиратор). При правильной организации СПЭ риск распространения туберкулеза среди окружающих практически отсутствует. На общих основаниях проходят СПЭ больные с неактивным туберкулезом, т.е. находящиеся на учете в противотуберкулезной организации по поводу клинически излеченного туберкулеза или при выявленных последствиях перенесенного ранее спонтанно излеченного туберкулеза без признаков активности. Заключение о возможности прохождения СПЭ и ее организационной форме выдается врачебной комиссией медицинской противотуберкулезной организации с учетом тяжести состояния больного,

формы туберкулеза (туберкулез органов дыхания или внелегочный), наличия или отсутствия бактериовыделения, активности процесса, эпидемической опасности. На основании этого заключения врач судебно-психиатрический эксперт принимает решение – где и в какие сроки будет проведена СПЭ.

Для лиц, содержащихся под стражей в учреждениях УИС РФ, созданы следующие медицинские противотуберкулезные организации. ЛИУ для содержания и лечения осужденных, больных туберкулезом; туберкулезные больницы; бактериологические лаборатории по диагностике туберкулеза. Учреждения (исправительные учреждения, следственные изоляторы), в которых созданы изолированные участки для содержания и лечения больных туберкулезом, а также туберкулезные лечебно-диагностические отделения больниц либо медицинских частей, иные медицинские подразделения, оказывающие противотуберкулезную помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным, исполняют функции медицинских противотуберкулезных организаций. Указанные положения закреплены статьями 315-356, приказа Минздравсоцразвития РФ № 640, Минюста РФ № 190 от 17.10.2005г. «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 01.11.2005 № 7133).

Следует помнить, что при организации амбулаторных СПЭ лиц, содержащихся под стражей, часть экспертной работы может проводиться на территории следственного изолятора (СИЗО). В этом случае администрация СИЗО предоставляет экспертам необходимые помещения и принимает иные меры, которые требуются для соблюдения надлежащих условий производства экспертизы (абз. 3 ст. 28 Федерального закона от 15.07.1995 № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»).

В стационарных (как стражных, так и бесстражных) судебно-психиатрических учреждениях отсутствуют специализированные инфекционные отделения, палаты, соответствующие санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам (СанПиН 2.1.3.1375-03) для содержания больных с активной формой туберкулеза. Следовательно, если подэкспертному, страдающему активной формой туберкулеза, необходимо проведение исключительно стационарной СПЭ, то это возможно лишь после курса противотуберкулезной терапии в условиях специализированного инфекционного стационара и достижения фазы, когда пациент перестает выделять микобактерии.

Таким образом, в соответствии с Федеральным законом «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», лицам, страдающим активной формой туберкулеза, оказывается специализированная помощь в учреждениях МЗ РФ, с последующим проведением стационарной СПЭ в период отсутствия бактериовыделительства, либо проведение этой категории пациентов СПЭ амбулаторно при соблюдении мер предупреждения заражения окружающих.

Руководителю амбулаторного СПЭУ следует четко соблюдать противозидемические и профилактические мероприятия при проведении экспертизы больным туберкулезом по следующим положениям.

Во-первых, прибытие пациента, являющегося бактериовыделителем возбудителя туберкулеза, в СПЭУ подвергает опасности заражения окружающих, и делает место своего временного пребывания эпидемическим очагом (очаг заразной болезни - это место нахождения источника инфекции и окружающая его территория, в пределах которой возможно распространение возбудителя инфекции). По этой причине даже противотуберкулезные учреждения (отделения, кабинеты) считаются очагом туберкулезной инфекции, и на этом основании работники противотуберкулезных учреждений отнесены к лицам, находящимся в контакте с бактериовыделителями и учитываются по ГДУ IVБ. Во-вторых, в амбулаторных СПЭУ организационно не предусмотрено боксов и полубоксов со своим санитарным узлом (состоящим из туалета и ванной), палатой и шлюзом между палатой и коридором, тамбуром с выходом наружу,

вытяжной вентиляцией с механическим побуждением с устройствами обеззараживания воздуха и т.д. Сложность дезинфекционных мероприятий обусловлена высокой устойчивостью микобактерий к воздействию физических и химических агентов, длительным выживанием возбудителя на/в объектах окружающей среды, множеством объектов в окружении больного, требующих обеззараживания, возможностью образования вторичных аэрозолей, и т.д. Следовательно, вероятностью заражения подвергаются не только медицинский персонал, но и другие подэкспертные, прибывающие в СПЭУ. Кстати, частота заболевания туберкулезом медицинского персонала в противотуберкулезных учреждениях в 4-18 раз выше, а работников бюро судебно-медицинской экспертизы - в 50-60 раз выше показателей заболеваемости населения.

В-третьих, туберкулез является не только местным, но и общим заболеванием всего организма с высоким риском появления психических расстройств от невротической реакции на объявленный пациенту диагноз до психотических нарушений, связанных с интоксикацией организма, локальным повреждением того или иного органа или системы либо с употреблением специфических антибактериальных препаратов. Таким образом, при наличии «микстовых состояний», обусловленных сочетанием психических расстройств, сопровождающих собственно туберкулезную интоксикацию и порожденных наличием эндогенного заболевания, значительно затрудняет экспертно-диагностическое исследование. Только своевременное специфическое противотуберкулезное лечение с достижением устойчивой фазы туберкулезной ремиссии позволит решить вопросы, интересующие следствие либо суд.

Заключение.

Наличие у подэкспертного ВИЧ-инфекции не является препятствием проведения стационарной или амбулаторной СПЭ, т.к. практически исключены пути возможного заражения во время проведения экспертного обследования. В случаях, когда ВИЧ-инфекция сочетается с вторичными заболеваниями, которые могут представлять опасность для окружающих (например, туберкулез) и требующими стационарного лечения, а также наличия у больных угрожающих жизни состояний, экспертное обследование возможно только после лечения в специализированных учреждениях ФСИН либо органах здравоохранения, в зависимости от наличия либо отсутствия наложенного ареста пациенту. Соблюдение противоэпидемического режима и профилактические меры предупреждения инфицирования медицинского персонала экспертного отделения при работе с данным контингентом, как с потенциальным источником гемоконтактных инфекций изложено в СанПиН 2.1.3.2630-10.

Больные активным туберкулезом не могут проходить обследование в стационаре или амбулаторно на общих основаниях. Выбор организационной формы СПЭ для больных туберкулезом определяется заключением врачебной комиссии медицинской противотуберкулезной организации (врачебной комиссии учреждения) в зависимости от тяжести состояния больного, формы туберкулеза, бактериовыделения, активности процесса и эпидемической опасности. Больным активным туберкулезом СПЭ может быть проведена в инфекционном боксе в учреждении, проводящем СПЭ или в противотуберкулезном учреждении. Больные туберкулезом без бактериовыделения и больные туберкулезом с внелегочной локализацией процесса могут быть обследованы с целью СПЭ амбулаторно, при этом необходимо разделить потоки больных туберкулезом и прочих пациентов, сократить по возможности круг контактных лиц.

Для проведения амбулаторной СПЭ определяется один согласованный день, когда проходят экспертизу только больные туберкулезом соответствующих групп. Одновременное проведение больных и не болеющих туберкулезом не допускается. После проведения амбулаторного СПЭ исследования после последнего пациента проводится заключительная дезинфекция в соответствии с СП 1.3.2232-08 и СанПиН 2.1.3.2630-10.

При проведении амбулаторных СПЭ лиц, содержащихся под стражей, часть экспертной работы может проводиться на территории следственного изолятора (СИЗО). В этом случае администрация СИЗО предоставляет экспертам необходимые помещения и принимает иные меры, которые требуются для соблюдения надлежащих условий производства экспертизы (абз. 3 ст. 28 Федерального закона от 15.07.1995 № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»).

В экспертном стационаре больные туберкулезом содержится отдельно от других подэкспертных, в течение всего пребывания проводится текущая, а после выписки пациента заключительная дезинфекция в соответствии с СП 1.3.2232-08 и СанПиН 2.1.3.2630-10.

Организация проведения СПЭ у больных сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией проводится исходя из большей эпидемической опасности туберкулеза. При правильной организации СПЭ риск распространения туберкулеза среди окружающих является минимальным.