

СЕЗОННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

КАМАСHEVA ГУЛЬНАРА РАШИТОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: kamasheva73@rambler.ru

НАДЕЕВА РОЗАЛИЯ АКИМОВНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: rosa.nadeeva@gmail.com

АМИРОВ НАИЛЬ БАГАУВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: namirov@mail.ru

Реферат. Цель исследования — оценка клинической эффективности барьерных препаратов в комплексной терапии обострения сезонного аллергического ринита (САР), обусловленного пыльцевыми аллергенами.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов с обострением САР средней и тяжелой степени тяжести, средний возраст составил (23,5±9,1) года. Основная группа (20 пациентов) получала симптоматическую терапию САР (антигистаминные препараты 2-го поколения, интраназальные глюкокортикостероиды) и барьерные препараты «Назаваль» — назальный спрей или «Превалин» — назальный спрей. Контрольную группу составили 10 человек, получавшие только симптоматическую терапию. **Результаты и их обсуждение.** В основной группе наблюдения на 7-й и 14-й день лечения отмечалось достоверное уменьшение выраженности симптомов САР (ринореи, заложенности носа, чихания, зуда носа, глазной симптоматики, нарушения сна) по сравнению с контрольной группой. **Заключение.** Включение барьерных препаратов (превалин — назальный спрей и назаваль — назальный спрей) в терапию обострения САР пыльцевой этиологии достоверно снижает выраженность клинических проявлений САР, улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: аллергический ринит, пыльца, барьерные препараты, антигистаминные препараты, интраназальные глюкокортикостероиды.

Для ссылки: Камашева, Г.Р. Сезонный аллергический ринит: современные возможности терапии / Г.Р. Камашева, Р.А. Надеева, Н.Б. Амиров // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С.44—48.

SEASONAL ALLERGIC RHINITIS: MODERN TREATMENT OPTIONS

KAMASHEVA GULNARA R., C. Med. Sci., associate professor of the Department of general medical practice of Kazan State Medical University, Russia, Kazan, e-mail: kamasheva73@rambler.ru

NADEEVA ROZALIYA A., C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of general medical practice of Kazan State Medical University, Russia, Kazan, e-mail: rosa.nadeeva@gmail.com

AMIROV NAIL B., D. Med. Sci., professor of the Department of general medical practice of Kazan State Medical University, Kazan, Russia, e-mail: namirov@mail.ru

Abstract. The aim of research is to evaluate the clinical effectiveness of barrier preparations in the treatment of seasonal allergic rhinitis (SAR) caused by pollen allergens. **Material and methods.** We observed 30 patients with acute moderate/severe SAR pollen etiology, the average age was (23,5±9,1) years. The main group (20 patients) received symptomatic therapy SAR (2nd generation antihistamines, intranasal glucocorticosteroids) and barrier preparations Nazaval or Prevalin. The control group consisted of 10 people who received only symptomatic treatment. **Results and discussion.** The main group of observation on 7-th and 14-th days of treatment there was a significant decrease in the severity of symptoms of SAR (rhinorrhea, nasal congestion, sneezing, nasal itching, eye symptoms, sleep disturbances) as compared with the control group. **Conclusion.** Inclusion of barrier preparations (Prevalin — nasal spray and Nazaval — nasal spray) in the treatment of SAR in acute significantly reduce the severity of clinical manifestations of SAR, improve the quality of life of patients.

Key words: allergic rhinitis, pollen, antihistamines, intranasal glucocorticosteroids, barrier preparations.

For reference: Kamasheva GR, Nadeeva RA, Amirov NB. Seasonal allergic rhinitis: modern treatment options. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2015; 8 (6): 44—48.

Широкое распространение аллергических заболеваний (АЗ) и продолжающийся неуклонный их рост представляет большую медико-социальную проблему. В общей структуре АЗ одним из самых распространенных заболеваний является аллергический ринит (АР). В мире АР страдают около 10—25% населения. Заболеваемость в России достигает 12,7—24% [1].

АР не относится к числу тяжелых заболеваний, однако симптомы заболевания значительно ухудшают качество жизни пациентов и требуют длительного

приема лекарственных препаратов, дающих ряд побочных эффектов [2, 3].

Среди форм АР особое место занимает сезонный аллергический ринит (САР), обусловленный сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам. В центральных районах России отмечается три периода поллинозиса растений: 1) весенний (с середины апреля до конца мая), связанный с цветением деревьев; 2) летний (начало июня — конец июля), обусловленный пылением луговых трав; 3) летне-осенний (август-сентябрь), характеризующийся появлением

в воздухе большого количества пыльцы сорных растений. Эти периоды определяют сезонность клинических проявлений САР [4].

В основе патогенезе САР лежит аллергическая реакция немедленного типа, развивающаяся на слизистой оболочке носа — пограничной зоне, которая подвергается воздействию пыльцевых аллергенов и проявляющаяся такими симптомами, как ринорея, чихание, затруднение носового дыхания, зуд носа, часто сочетающиеся с глазными симптомами (слезотечение, зуд глаз).

Решающей формой предрасположенности к аллергии, определяющей, быть ее клиническому проявлению или не быть, является нарушение барьерных функций слизистых оболочек и повышение проницаемости барьерных тканей к аллергенам [5, 6]. Благодаря действию мукоцилиарной системы в течение примерно 20 мин происходит удаление инородных частиц из полости носа. Однако молекулы аллергенов очень быстро вызывают аллергическую реакцию, вследствие чего быстро появляются симптомы САР. Поражение мерцательного и секреторного эпителия имеет место при САР, происходит гиперсекреция слизи, сочетающаяся с дефектом ее выделения за счет структурных и функциональных изменений мерцательного эпителия, снижается активность ресничек более чем в полтора раза [7]. Исходя из вышеизложенного, восстановление барьерной функции является основой для новых подходов к предупредительным и лечебным мерам при САР.

Лечение САР должно быть направлено на достижение и поддержание контроля над симптомами заболевания, профилактику обострений заболевания, улучшение качества жизни больного, лечение сопутствующей патологии, которая усугубляет течение АР, а также на предотвращение развития бронхиальной астмы и включает немедикаментозное и медикаментозное лечение [8].

Немедикаментозное лечение подразумевает прекращение или максимальное сокращение контакта пациента с причинно-значимыми пыльцевыми аллергенами. Степень тяжести и течение САР зависят от концентрации аллергенов в окружающей среде. В большинстве случаев полностью исключить контакт с пыльцевыми аллергенами не представляется возможным, но даже частичная их элиминация снижает выраженность проявлений САР и потребность в медикаментозном лечении [7].

Элиминация, или удаление причинно-значимых аллергенов, относится к этиопатогенетическим методам лечения аллергии, направленных, прежде всего, на создание барьера, препятствующего контакту аллергенов со слизистой оболочкой полости носа. К новому методу терапии САР относится применение барьерных препаратов, создающих препятствие на пути воздействия аллергена и предохраняющих организм от контакта с ним [9]. Такими средствами являются назальные спреи назаваль и превалин.

Медикаментозное лечение САР включает симптоматическую терапию и патогенетическое лечение — проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

В качестве симптоматической терапии САР применяются следующие группы препаратов [1,8,10]:

- деконгестанты или сосудосуживающие средства (при полной блокаде носового дыхания);
- антихолинергические препараты (при обильной назальной секреции);
- препараты кромоглициевой кислоты (кромоны) применяются при наличии легких и умеренных клинических проявлений САР. Эти препараты менее эффективны, чем антигистаминные средства и местные (интраназальные) глюкокортикостероиды (ИНГКС);
- системные и местные антигистаминные средства (АГ) являются эффективными и высокоселективными блокаторами H_1 -гистаминовых рецепторов;
- блокаторы рецепторов лейкотриенов: по эффективности монтелукаст натрия и зафирлукаст превосходят плацебо, но уступают АГ и ИНГКС;
- ИНГКС и системные глюкокортикостероиды. ИНГКС являются «золотым стандартом» местной симптоматической терапии АР. Своевременное и адекватное назначение ИНГКС способствует уменьшению интенсивности аллергического воспаления в слизистой оболочке носа и снижению уровня их гиперреактивности.

Подбор и комбинирование препаратов симптоматической терапии проводят индивидуально, с учетом тяжести заболевания, переносимости препаратов, условий жизни пациента.

Несмотря на все имеющиеся методы симптоматической терапии САР, ни одно из современных фармакотерапевтических средств не имеет длительно сохраняющегося действия после его отмены. Для приостановления процесса развития аллергического заболевания необходимо проведение патогенетического лечения — аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) с причинно-значимыми аллергенами. Этот уникальный метод лечения аллергических IgE-обусловленных заболеваний может успешно сочетаться с фармакотерапией, впоследствии приводя к ее сокращению или отмене [2].

Таким образом, широкая распространенность САР, неуклонный его рост, значительное влияние симптомов САР на качество жизни больных, необходимость в проведении длительной терапии требуют поиска новых эффективных и безопасных методов лечения САР.

Цель исследования — оценка клинической эффективности барьерных препаратов в комплексной терапии обострения сезонного аллергического ринита, вызванного пыльцевыми аллергенами.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов с обострением САР средней и тяжелой степени тяжести в возрасте от 10 до 45 лет с АР, средний возраст составил (23,5±9,1) года.

Основную группу (ОГ) составили 20 пациентов [средний возраст (24,6±7,8) года]. По результатам проведенного аллергологического обследования в период ремиссии САР (скарификационные кожные пробы, определение специфических IgE в сыворотке крови) сенсibilизация к пыльце деревьев имела

место у 50%, луговых трав — у 30%, сорных трав — у 20% пациентов.

Все пациенты ОГ получали симптоматическую терапию САР (антигистаминные препараты 2-го поколения 1 раз в сут, ИНГКС группы флутиказона фуруат 110 мкг/сут и барьерные препараты назаваль (назальный спрей) по 500 мг в каждый носовой ход 3—4 раза в день или превалин (назальный спрей) по 1 дозе в каждый носовой ход 3 раза в день (дети до 12 лет получали превалин-кидс).

Назаваль — назальный спрей, содержащий натуральный мелкодисперсный порошок целлюлозы растительного происхождения, не оказывает местного и общего системного влияния на организм, что позволяет применять его даже у детей и беременных женщин. Порошок целлюлозы из спрея-дозатора, попадая на слизистую носа, связывается с влажной поверхностью слизистой носовой полости, образуя прозрачный гелеобразный слой, который выстилает носовую полость и служит естественным барьером от внедрения аллергенов в организм в течение дня [11]. Действие препарата наступает через 10—15 мин после впрыскивания.

Спрей превалин благодаря уникальной тиксотропной формуле распыляется как жидкость, однако при попадании на поверхность слизистой оболочки переходит в легкий гель, защищающий организм от проникновения аллергенов [12]. Активные компоненты препарата «Превалин» (тиксотропная формула) — запатентованная комбинация масел и эмульгаторов, обеспечивающих уникальное свойство преобразования геля в жидкость, что облегчает применение препарата. Все компоненты инертны и нетоксичны, не проникают в кровь, действуют только на слизистой оболочке носа. Именно поэтому превалин не имеет побочных действий, противопоказаний и может применяться у детей и взрослых. Для детей 6—12 лет рекомендуется превалин-кидс с тем же составом и свойствами, но вдвое меньшим количеством препарата при распылении.

При одновременном применении нескольких местных лекарственных средств (например, ИНГКС) барьерные препараты применялись не ранее, чем через 30 мин после их приема.

Контрольную группу (КГ) составили 10 человек [средний возраст (23,1±8,8) года]: 60% пациентов с сенсibilизацией к пыльце деревьев, 20% — к луговым травам, 20% — к сорным травам. Пациенты КГ получали только симптоматическую терапию САР, включающую антигистаминные препараты 2-го поколения 1 раз в сут и ИНГКС группы флутиказона фуруат 110 мкг/сут.

Выраженность симптомов САР (заложенность носа, ринорея, зуд носа, чихание, глазные симптомы, нарушение сна и повседневной активности) оценивали по 3-балльной шкале (0 — отсутствие симптомов, 1 — незначительные, 2 — умеренные, 3 — выраженные симптомы) до начала терапии, на 7-й и 14-й дни лечения.

Продолжительность лечения в зависимости от сроков поллинии причинно-значимых растений составила в среднем (17,7±3,3) дня.

Результаты и их обсуждение. Анализ выраженности клинических проявлений САР у пациентов ОГ до начала лечения выявил наличие выраженной ринореи (2,7±0,5) балла, заложенности носа (2,5±0,5) балла, чихания (2,6±0,5) балла, умеренного зуда носа (2,1±0,6) балла, глазной симптоматики (1,5±0,8) балла, нарушения сна (1,5±0,5) балла и повседневной активности (1,9±0,6) балла. Показатели выраженности симптомов САР до начала лечения в КГ статистически не отличались от ОГ и составили: ринорея (2,6±0,5) балла, заложенность носа (2,4±0,5) балла, чихание (2,5±0,5) балла, зуд носа (2,0±0,5) балла, глазная симптоматика (1,4±0,5) балла, нарушение сна (1,3±0,5) балла и повседневной активности (1,7±0,5) балла (табл. 1).

На 7-й день проводимого лечения носовое дыхание улучшилось у всех больных в обеих группах. Однако при сравнительном анализе выраженность симптомов САР была достоверно ниже в ОГ по сравнению с КГ: ринорея (1,5±0,5) и (2,2±0,6) балла соответственно ($p=0,002$), заложенность носа (1,8±0,4) и (2,1±0,3) балла ($p=0,046$), чихание (1,4±0,5) и (1,8±0,6) балла ($p=0,02$), зуд носа (1,4±0,5) и (1,9±0,3) балла ($p=0,007$), нарушение повседневной активности (0,7±0,5) и (1,1±0,3) балла ($p=0,03$) (табл. 2). Большинство пациентов ОГ (60%) отметили значи-

Таблица 1

Выраженность симптомов сезонного аллергического ринита до начала лечения

Группа	Заложенность носа, баллы	Чихание, баллы	Ринорея, баллы	Зуд носа, баллы	Глазная симптоматика, баллы	Нарушение сна, баллы	Повседневная активность, баллы
Основная	2,5±0,5	2,6±0,5	2,7±0,5	2,1±0,6	1,5±0,8	1,5±0,5	1,9±0,6
Контрольная	2,4±0,5	2,5±0,5	2,6±0,5	2,0±0,5	1,4±0,5	1,3±0,5	1,7±0,5

Таблица 2

Выраженность симптомов сезонного аллергического ринита на 7-й день лечения

Группа	Заложенность носа, баллы	Чихание, баллы	Ринорея, баллы	Зуд носа, баллы	Глазная симптоматика, баллы	Нарушение сна, баллы	Повседневная активность, баллы
Основная	1,8±0,4; $p^*=0,046$	1,4±0,5; $p^*=0,02$	1,5±0,5; $p^*=0,002$	1,4±0,6; $p^*=0,007$	1,0±0,6; $p^*=0,6$	1,2±0,4; $p^*=0,5$	0,7±0,5; $p^*=0,03$
Контрольная	2,1±0,3	1,8±0,6	2,2±0,6	1,9±0,3	1,1±0,3	1,1±0,3	1,1±0,3

Примечание: * при сравнении данных основной и контрольной групп.

Выраженность симптомов сезонного аллергического ринита на 14-й день лечения

Группа	Заложность носа, баллы	Чихание, баллы	Ринорея, баллы	Зуд носа, баллы	Глазная симптоматика, баллы	Нарушение сна, баллы	Повседневная активность, баллы
Основная	0,7±0,5; p*=0,014	0,7±0,5; p*=0,005	0,6±0,5; p*=0,048	0,5±0,5; p*=0,8	0,3±0,5; p*=0,048	0,3±0,5; p*=0,6	0,3±0,4; p*=0,3
Контрольная	1,1±0,3	1,2±0,4	1,0±0,5	0,6±0,5	0,7±0,5	0,4±0,5	0,5±0,5

Примечание: *при сравнении данных основной и контрольной групп.

тельное улучшение состояния на 3-и сут лечения, в то время как в КГ — на 5—6-е сут. 30% пациентов ОГ к 7-му дню лечения снизили дозу ИНГКС до 55 мкг/сут.

На 14-й день лечения выраженность симптомов САР снизилась как в ОГ, так и в КГ. Сравнительная оценка эффективности проводимой терапии в обеих группах показала, что статистически более значимое снижение выраженности отдельных симптомов САР имело место в ОГ: ринорея до (0,6±0,5) и (1,0±0,5) балла соответственно (p=0,048); чихание до (0,7±0,5) и (1,2±0,4) балла (p=0,005); заложность носа до (0,7±0,5) и (1,1±0,3) балла (p=0,014) (табл. 3).

Применение симптоматической терапии САР в сочетании с барьерными препаратами позволило к 10-му дню лечения 70% пациентов ОГ снизить дозу ИНГКС до 55 мкг/с, а 20% — полностью отменить их в связи с улучшением состояния. В КГ доля пациентов, снизивших дозу ИНГКС, составила 50%. Достигнутый объем терапии все пациенты получали до конца сезона поллинозиса причинно-значимых растений. Побочных эффектов при применении барьерных препаратов зарегистрировано не было.

Выводы. Таким образом, включение барьерных препаратов (превалин — назальный спрей и назаваль — назальный спрей) в комплексную терапию обострения САР пыльцевой этиологии препятствует контакту слизистой оболочки полости носа с аллергенами, достоверно снижает выраженность клинических проявлений САР, улучшает качество жизни пациентов и позволяет уменьшить объем симптоматической терапии, а в ряде случаев и отменить ее.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергология и иммунология. Национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 656 с.
2. Ненашева, Н.М. Достижение контроля аллергического ринита с помощью ступенчатой терапии / Н.М. Ненашева // Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология. — 2015. — № 1. — С.14—22.

3. Ozdoganoglu, T. Quality of life in allergic rhinitis / T. Ozdoganoglu, M. Songu, H.M. Inancil // Ther. Adv. Respir. Dis. — 2012. — № 6. — С.25—39.
4. Емельянов, А.В. Поллинозы: метод. пособие / А.В. Емельянов, О.Ф. Дзюба. — М., 2005. — 76 с.
5. Гуштин, И.С. Эволюционное предупреждение: аллергия / И.С. Гуштин // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — 2014. — № 1. — С.57—67.
6. Гуштин, И.С. IgE-опосредованная гиперчувствительность как ответ на нарушение барьерной функции тканей / И.С. Гуштин // Иммунология. — 2015. — № 1. — С.45—52.
7. Клиническая аллергология: руководство для практических врачей / под ред. проф. Р.М. Хаитова. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 624 с.
8. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита — 2013. — URL: http://www.raaci.ru/ClinRec/2.Allergic_rhinitis.pdf
9. Тарасова, Г.Д. Профилактический барьер при аллергическом рините / Г.Д. Тарасова, О.В. Зайцева, Е.А. Торгованова // Российский аллергологический журнал. — 2012. — № 2. — С.69—72.
10. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA (2)LEN and AllerGen) // Allergy. — 2008. — № 63. — P.8—160.
11. Aberg, N. A nasally applied cellulose powder in seasonal allergic rhinitis in adults with grass pollen allergy: a double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study / N. Aberg, S.T. Ospanova, N.P. Nikitin [et al.] // Int. Arch. Allergy Immunol. — 2014. — 163(4). — P.313—318.
12. Stoelzel, K. Safety and efficacy of Nasya/Prevalin in reducing symptoms of allergic rhinitis / K. Stoelzel, G. Bothe, P.W. Chong, M. Lenarz // Clin. Respir. J. — 2014. — 8 (4). — P.382—390.

REFERENCES

1. Haitov PM, Il'ina NI red. Allergologija i immunologija; Nacional'noe rukovodstvo [Allergy and Immunology; National leadership]. M: «GJeOTAR-Media» [M: «GEOTAR-Media». 2009; 656 p.
2. Nenasheva NM. Dostizhenie kontrolja allergicheskogo rinita s pomoshh'ju stupenchatoj terapii [Achieving control of allergic rhinitis using sequential therapy]. Jеffektivnaja farmakoterapija; Pul'monologija i otorinolaringologija [Effective pharmacotherapy; Pulmonary and otolaryngology]. 2015; 1: 14—22.
3. Ozdoganoglu T, Songu M, Inancil HM. Quality of life in allergic rhinitis. Ther Adv Respir Dis. 2012; 6: 25—39.
4. Emel'janov AV, Dzjuba OF. Pollinozy: metodicheskoe posobie [Pollinosis: Manual]. M. 2005; 76 p.
5. Gushhin IS. Jevoljucionnoe preduprezhdzenie: allergija [Evolutionary Warning: allergy]. Patologicheskaja fiziologija i jeksperimental'naja terapija [Pathological Physiology and Experimental Therapy]. 2014; 1: 57—67.
6. Gushhin IS. IgE-oposredovannaja giperchuvstvitel'nost' kak otvet na narushenie bar'ernoj funkcii tkanej [IgE-

- mediated hypersensitivity in response to the violation of the barrier function of the tissue]. *Immunologija* [Immunology]. 2015; 1: 45–52.
7. Haitov RM red. *Klinicheskaja allergologija: Rukovodstvo dlja prakticheskikh vrachej* [Clinical Allergy: A guide for practitioners]. M: MEDpress–inform. 2002; 624 p.
 8. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniju allergicheskogo rinita — M, 2013 [Federal guidelines for the diagnosis and treatment of allergic rhinitis — 2013]. http://www.raaci.ru/ClinRec/2.Allergic_rhinitis.pdf
 9. Tarasova GD, Zajceva OV, Torgovanova EA. Profilakticheskij bar'er pri allergicheskom rinite [Preventive barrier in allergic rhinitis]. *Rossijskij allergologicheskij zhurnal* [Russian journal Allergy]. 2012; 2: 69–72.
 10. In collaboration with the World Health Organization, GA (2)LEN and AllerGen. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (i). *Allergy*. 2008; 63: 8–160.
 11. Aberg N, Ospanova ST, Nikitin NP, Emberlin J, Dahl A. A nasally applied cellulose powder in seasonal allergic rhinitis in adults with grass pollen allergy: a double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study. *Int Arch Allergy Immunol*. 2014; 163 (4): 313–318.
 12. Stoelzel K, Bothe G, Chong PW, Lenarz M. Safety and efficacy of Nasya; Prevalin in reducing symptoms of allergic rhinitis. *Clin Respir J*. 2014; 8 (4): 382–390.

© В.И. Красильников, 2015

УДК 340.63:347.155(470.41)

МОНИТОРИНГ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ, СИНЕРГИЧЕСКИ СВЯЗАННЫХ С ОТДЕЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

КРАСИЛЬНИКОВ ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры криминалистики Казанского юридического института МВД России, главный научный сотрудник Республиканской клинической больницы МЗ РТ, Казань, Россия, тел. 8-987-296-99-03, e-mail: vikrasilnikov@mail.ru

Реферат. Цель исследования — определение дееспособности, правоспособности и сделкоспособности освидетельствованных, т.е. может ли индивидуум понимать значение своих действий и руководить ими. **Материал и методы.** Был проведен комплексный сочетанный медико-социальный анализ на стыке криминалистики, судебной медицины и, в частности, судебной психиатрии 7 503 судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам за 5 лет (2010—2014 гг.). **Результаты и их обсуждение.** Большое влияние на психологическое состояние людей оказывает характер реорганизации отношений между собственниками, рост социальной напряженности и дезадаптации. Вместе с тем в одинаковых социально-экономических условиях, какими бы тяжелыми они ни были, далеко не каждый случай характеризуется психическими расстройствами. **Выводы.** Соотношение социально-экономических и психофизиологических факторов, на наш взгляд, представляется как соотношение условий и причин. Причина (психофизиологические особенности индивида) создает возможность определенного действия (проявления социальной дезадаптации), а условия (в нашем случае социально-экономические обстоятельства) способствуют реализации этой возможности.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза по гражданским делам, психические расстройства, слабоумие, умственная отсталость.

Для ссылки: Красильников, В.И. Мониторинг судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам, синергически связанных с отдельными факторами демографических показателей в Республике Татарстан / В.И. Красильников // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С.48—52.

MONITORING FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION IN CIVIL CASES SYNERGISTICALLY ASSOCIATED WITH INDIVIDUAL FACTORS DEMOGRAPHIC INDICATORS IN TATARSTAN

KRASILNIKOV VLADIMIR I., D. Med. Sci., professor of the Department of criminology of Kazan Law Institute of the Russian Interior Ministry, the chief scientific officer-th of Republican Clinical Hospital of Kazan, Russia, tel. 8-987-296-99-03, e-mail: vikrasilnikov@mail.ru

Abstract. The purpose of research — definition of legal capacity, capacity and sdelkosposobnosti surveyed, whether the individual to understand the significance of his actions and control them. **Material and methods.** Was conducted a comprehensive-tion combines medical and social analysis at the junction of criminology, forensic science, and in particular, of Forensic Psychiatry 7503 forensic psychiatric examinations for civil cases over the five years 2010–2014. **Results and discussion.** Great influence on the psychological state of people has the character of the reorganization of the relations between the owners — the growth of social tensions and maladjustment, however, one-postglacial socioeconomic conditions, no matter how heavy they are, not every case is characterized by mental disorders. **Conclusion.** The relation of social-economic and psycho-physiological factors, in our view, under-represented as a ratio of the conditions and causes. Reason (psychophysiological-singularity of the individual) creates the possibility of a specific action (manifestation of social exclusion), and the conditions (in this case, the socio-economic circumstances) SPO-proper implementation of this feature.