

Обвиняемый эпилептический приступ не имеет симулятивный характер. Помимо этого, выставленный психиатром диагноз: «Генерализованная эпилепсия» был установлен только со слов свидетелей приступа у обвиняемого. Данные выводы были основаны на изучении материалов уголовного дела, экспертной документации, обзоре научно-литературных данных, которые не выявили признаков симуляции у подэкспертного. Обвиняемый не смог избежать уголовной ответственности, предстал перед судом и был в последующем приговорен к лишению свободы сроком на 7 лет.

#### Использованная литература

1. Правила дорожного движения Республики Казахстан 2016 <http://www.carin.kz/pdd-rk>
2. Статья «Основные причины ДТП назвали в МВД Казахстана» на новостном интернет ресурсе [tengrinews.kz/kazakhstan\\_news/osnovnyie-prichinyi-dtp-nazvali-v-mvd-kazahstana-257148/](http://tengrinews.kz/kazakhstan_news/osnovnyie-prichinyi-dtp-nazvali-v-mvd-kazahstana-257148/)
3. Официальные данные Комитета по статистике Министерства Национальной экономики Республики Казахстан [www.stat.gov.kz](http://www.stat.gov.kz)
4. Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет» [www.ada.zan.kz](http://www.ada.zan.kz)
5. Уголовный кодекс Республики Казахстан. – Алматы: ЮРИСТ, 2015. – 208 с.
6. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан. – Алматы: ЮРИСТ, 2015. – 356 с.
7. Судебная психиатрия: Учебник / Под ред. проф. А.С. Дмитриева, проф. Т. В.Клименко. – М.: Юрист, 1998. – 48 с.
8. Судебная психиатрия: Учебное пособие / Т. Б. Дмитриева, А. А. Ткаченко, Н. К. Харитонова, С. Н. Шишков. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. 752 с.
9. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2002. – 544 с. – N 5-225-04189-2 Жариков. Н. М., Тюльпин Ю. Г.

#### SUMMARY

This study aimed to describe the case, where the driver by driving his motor vehicle, committed a road traffic accident, which entailed death and severe injury of people. There was conducted the stationary forensic psychiatric examination due to a connection of emergence doubts about his mental status, which revealed that he has not had of mental illness and was mentally fit. This case indicates that the person who committed the road traffic accident, being conscious of the actual nature and social danger of his actions could lead to, but introduced himself to the community that he is mentally ill person because he wanted to evade responsibility.



Баймаганбетова К.С.<sup>1</sup>, Байгонова К.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казахский медицинский университет непрерывного образования,

<sup>2</sup>Казахский Национальный университет им. аль-Фараби, г. Алматы

### ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ, ПОЛУЧЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП

**Ключевые слова:** черепно-мозговые травмы, постконтузионный синдром, неврологические и психические нарушения, галлюциноз

По данным литературы в 72% случаев ЧМТ при ДТП наблюдаются однотипные судорожные приступы и возникают они спустя 6-12 месяцев (1.) По МКБ 10 выделяют рубрику постконтузионный синдром. Посттравматический синдром включает комплекс неврологических и психических нарушений, таких как вегетососудистые нарушения, астенические симптомы, различные нарушения сна, снижение устойчивости к стрессу, эмоциональному возбуждению и алкоголю. Возможны формирование депрессий, фобий, ипохондрических переживаний, психозы (2). Ученые отмечают, что помимо активного процесса имеет место патопластика скрытый период которого качества так называемой «второй болезни» по Лукомскому И И (3).

Нами исследованы медицинские карты 7 опскаемых от 11.06.2001 г. Данные опекаемые имеют психоневрологические расстройства, обусловленные полученными им в разные периоды жизни травмами головного мозга, вследствие ДТП. Особенностью выборки явился факт, что данные лица не удерживались в быту в силу имевшихся у них психических расстройств, вследствие чего родные были вынуждены их оформить в Центр специальных социальных услуг на постоянное жительство.

Распределение исследуемого контингента по полу и возрасту, на момент исследования, следующее:

Таблица 1

Пол исследуемого	Возраст исследуемого			
	Мужчины	42 года	46 лет	68 лет
Женщины	48 лет	50 лет	72 года	

Таким образом, исследуемые представлены зрелым возрастом. Возраст получения исследуемыми ЧМТ и степень его тяжести.

Таблица 2

Пол исследуемого	Диагноз
Мужчина в 23 года	ЗЧМТ средней степени тяжести
Мужчина в 26 лет	ЗЧМТ тяжелой степени тяжести
Мужчина в 35 лет	ЗЧМТ легкая степень сотрясения мозга
Мужчина в 50 лет	ЗЧМТ средней степени
Женщина в 15 лет	ЗЧМТ средней степени тяжести
Женщина в 22 года	Тяжелая степень ОЧМТ с последующей пластикой черепа
Женщина в 40 лет	Тяжелая степень с последующей грубой неврологической симптоматикой

Таким образом, связи между тяжестью получения травмы и возрастом нет, но необходимо отметить, что возраст получения травмы - один подростковый, остальные шесть трудоспособного возраста.

По анамнезу из 7 исследуемых только у одной исследуемой наследственность отягощена эпилепсией по восходящей и нисходящей линии, но у других 6 исследуемых наследственной отягощенности не наблюдается. У всех 7 человек, ранне развитие и детство без особенностей. Образование среднее, профессии малоквалифицированные, семейное положение - разведены.

Психические расстройства у всех исследуемых проявились через год после получения ЧМТ. У мужчин прослеживается злоупотребление алкогольными напитками и получение ими дополнительных бытовых ЧМТ, в последующем присоединение галлюциноза. Для женщин характерно начало с астено-невротических расстройств, нарастание ипохондрических переживаний, усложнившихся в дальнейшем параноидной симптоматикой. Все исследуемые неоднократно получали стационарное лечение в психиатрических учреждениях. По наблюдению в ЦОССУ N 1 у исследуемых отмечались нечастые обострения психотической симптоматики на период активизации которых они получали курсовое лечение психотропными препаратами, поддерживающее лечение независимо от диагноза, проводилось препаратами карбамазепин, бензоал для лиц с судорожным синдромом и азалептол для лиц с диагнозом шизофрения. Необходимо отметить, что соблюдение режима сна и отдыха, комфортные условия проживания с соответствующим уходом и режимом питания, и главное регулярность поддерживающего лечения способствовали тому, что по сравнению с другим контингентом исследуемые в режим укладывались, контакту были доступны, себя обслуживали в быту и психическое состояние стабилизировалось, но неуклонно прогрессировали признаки энцефалопатии и соматических заболеваний (сердечно-сосудистые и органов ЖКТ).

Таблица 3 - Диагнозы на момент исследования

N п/п	Пол	Диагноз
1.	Мужчина	Психические и поведенческие расстройства, обусловленные дисфункцией или повреждением головного мозга, слабоумие, энцефалопатия 3 ст., судорожный синдром, дефект черепа правой теменно-височной области без пластики, АГ, ИБС, ХСН, хронический бронхит, диффузный пневмосклероз, паховая грыжа слева.
2.	Мужчина	Параноидная шизофрения эпизодическая со стабильным дефектом, энцефалопатия 1 ст., хронические заболевания ЖКТ.
3.	Мужчина	Психические и поведенческие расстройства, обусловленные дисфункцией или повреждением головного мозга, слабоумие, энцефалопатия 3 ст., правосторонний гемипарез, АГ, ИБС, ХСН, токсический гепатит.
4.	Мужчина	Психические и поведенческие расстройства, обусловленные дисфункцией или

		повреждением головного мозга с интеллектуально-мнестическим снижением, энцефалопатия 2 ст., АГ, ИБС, ХСН, ХОБЛ, дистрофия.
4.	Женщина	Параноидная шизофрения на органически неполноценной почве Хронический пиелонефрит, хронические заболевания органов ЖКТ.
5.	Женщина	Параноидная шизофрения на органически неполноценной почве, хронические заболевания органов ЖКТ.
6.	Женщина	Органическое бредовое шизофреноподобное расстройство, энцефалопатич, правосторонний гемипарез, хореоподобный синдром, АГ, ИБС, ХСН.

**Заключение:** Исследование показало, что ЧМТ полученные в результате ДТП даже при относительно здоровом организме приводят в течении года независимо от степени тяжести к выраженным психоневрологическим расстройствам с дальнейшей стойкой потерей социальной адаптации. Несмотря на обеспечение полноценного ухода, режима питания и поддерживающей терапии прогрессирует энцефалопатия и полиорганная недостаточность. Это объясняется тем, что ЧМТ при ДТП одномоментно основательно дисбалансирует функцию головного мозга, не говоря уже о неврологических нарушениях.

#### Использованная литература:

1. Жмуров В.А. Клиническая психиатрия Элиста Джангар, 2010, с.1052.
2. Александровский Ю.А Психиатрия национальное руководство, Москва, ГОЭТАР, Медиа, 2011, с.407.
3. Портнов А.А. Нервно-психические заболевания экзогенно-органической природы, Москва, 1975, с. 314.

#### ТҮЖЫРЫМ

##### Жаң-көлік апаты нәтижесінде алған бас-ми жаракаттарының кейінгі салдары

**Түбіндеме создер:** бас-ми жаракаты, постконтузионды синдром, неврологиялық және психикалық бұзылыстар, галлюциноз.

Жаң-көлік апатының салдарынан түрлі уақытта алған бас-ми жаракатына байланысты психоневрологиялық бұзылыстары бар 7 наукастың медициналық картесы зерттелді. Зерттеу нәтижесінде жаракаттың ауырлық дәрежесіне байланысты айтарлықтай психоневрологиялық бұзылыстар дамып, әлеуметтік бейімделуін тұрақты түрде жоғалтады деп қорытындылауға болады.



**Джаксыбаев М.Н., Татипанов Э.Б., Майлибекова А.К.**  
*Кафедра травматологии и ортопедии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова*

#### ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСЩИХ ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

**Ключевые слова:** Остеопороз, пожилые пациенты, качества жизни, перелом бедра, исследование.

**Аннотация.** В данной работе проведено анализ результатов исследования качества жизни и функции 184 пожилых пациентов с остеопоротическими переломами проксимального отдела бедренной кости.

Переломы шейки бедра относятся к категории тяжелой травмы, так как эти переломы связаны с остеопорозом, а у лиц пожилого и старческого возраста, они как правило, отягощены еще и тяжелой системической патологией, возрастным снижением резервных возможностей организма, противомикробной резистентности и гормональными нарушениями. По данным ВОЗ около 35 % травмированных женщин и 20 % мужчин имеют переломы, связанные с остеопорозом. Проблема остеопороза затрагивает около 75 млн граждан Европы, США и Японии. В Европе в 2000 г количество остеопоротических переломов оценивалось в 3,79 млн, из которых 890 тыс. составляли переломы шейки бедренной кости. В Европе летальность, связанная с остеопоротическими переломами, превышает онкологическую (за исключением смертности от рака легкого).

**Выводение.** По данным ВОЗ если в 1990г в мире перелом проксимального отдела бедренной кости составляет около 1 миллион 660 тысяч, к 2050г ожидается трехкратный рост этих переломов[1].

Высокий уровень заболеваемости и смертность отмечается у пожилых людей с переломом шейки бедра по сравнению с населением в целом[2,3,4].

Из числа проведенных научных исследований в Европе систематические исследования и национальные регистры показали себя в качестве одним из лучших подходов для оценки и улучшения результатов лечения пожилых людей с переломом проксимального отдела бедра[5]. В 1990 году первый национальный регистр перелома бедра запущен в шведском Университете Лунда[5]. Позднее этот проект распространился на других европейских странах[6]. Значение