болевой синдром на 52%, а в контрольной группе лишь на 28,7%. Тревожность по шкале Спилбергера составившая 58,6 балла, после ТЭС-терапии снизилась на 18%, в контрольной группе - на 7,5%.

Оценка состояния микроциркуляторного русла у больных РА, получавших ТЭС-терапию наряду с традиционным базисным лечением, позволила установить незначительное влияние данного метода на тонус прекапиллярных сфинктеров и артериол (снижение ОП РКК на 11%, увеличение ВА на 6% по сравнению с контрольной группой). Однако применение ТЭС-терапии позволило увеличить индекс эффективности МЦ (ИЭМ) на 38% по сравнению с контрольной группой, что говорит о возможности данного метода влиять на способность микрососудов изменять свой тонус.

Таким образом, применение ТЭС-терапии в комплексном лечении РА позволяет улучшить качество и эффективность обезболивания и противовоспалительной терапии, увеличить адекватность кровотока в периферическом отделе МЦ русла.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Магомедова С.А.
Дагестанский государственный университет, Махачкала

На протяжении почти десяти лет благодаря демократическим преобразованиям в нашей стране, развитию социальной зрелости российского общества основным инструментом решения проблем инвалидности был Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации".

Существенные изменения произошли в понимании сущности инвалидности и критериях ее установления у больных граждан. Инвалидность стала трактоваться как “социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ОЖД и необходимости социальной защиты”. Инвалидом, согласно этому же закону, является лицо, имеющее вышеобозначенное нарушение здоровья. В 1997 г. Совместно Министерствами труда и социального развития и здравоохранения РФ были приняты “Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы”, которые легли в основу оценки характера и степени нарушения функций и ОЖД больных, направляемых на МСЭ. В рамках экспертного освидетельствования граждан на учреждения службы МСЭ, наряду с определением группы и причины инвалидности, срока ее наступления и другими видами экспертизы, была возложена важная задача по определению потребности инвалидов в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. Кроме экспертного освидетельствования, на учреждения МСЭ были возложены обязанности по осуществлению разработки индивидуальных программ реабилитации инвалидов, оказанию им содействия в реализации мер реабилитации, участию в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов.

На данную службу были возложены обширные задачи по экспертному обслуживанию жителей и реализации политики государства в области социальной защиты инвалидов.

Успешность их решения, видимо, не вполне соответствовала ожидаемой, т. к. в 2004 году перед Правительством РФ была поставлена новая задача – создать систему медико-социальной экспертизы на федеральном уровне, передать полномочия по осуществлению МСЭ с уровня регионального, обеспечив для всех 2082 учреждений этого профиля по стране единые стандарты работы.

Таким образом, 22 августа 2004 года был принят не имеющий аналогов в российской законотворческой деятельности Федеральный закон Российской Федерации от N 122-ФЗ О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации".

Рассматриваемым законом были внесены изменения в более чем 250 федеральных законов, регулирующих социальные гарантии и льготы, предоставляемые инвалидам. Еще никогда, пожалуй, социальные реформы не проводились столь стремительно и масштабно.

Основная цель нового документа – отразить те монументальные реформы, которые затеяло российское правительство, способствуя тем самым увеличению материального благосостояния российских граждан и обеспечению экономической безопасности государства.

Это, во-первых, замена натуральных льгот денежными компенсациями. И, во-вторых, реформа федеральных отношений и местного самоуправления, суть которой – разграничить полномочия между регионами и центром.

Фактически, если раньше главной задачей учреждений медико-социальной экспертизы было установление реабилитационно-экспертного диагноза с целью определения реабилитационного потенциала инвалида, установления группы инвалидности и разработки индивидуальной программы реабилитации, то сегодня главное в деятельности этих учреждений - определение степени утраты способности инвалида к трудовой деятельности. Размер пенсии инвалида теперь зависит не от группы инвалидности, а от степени утраты способности к трудовой деятельности.

Данный закон стал одним из наиболее обсуждаемых проектов Правительства РФ за последние годы. Тем более что реформы подобного рода всегда болезненно воспринимаются обществом. На фоне многотысячных митингов, прошедших по всей стране рядом депутатов Государственной Думы и общественных деятелей было направлено обращение в адрес

Президента РФ, председателя правительства и глав обеих палат парламента. В этом обращении принятие ФЗ № 122 характеризовалось как признак внезапного изменения идеологии преодоления инвалидности, возврата государственной политики в отношении инвалидов в прошлое; отмечается относительный неуспех реформы, который выразился как в финансовых просчетах, так и в социальной напряженности, создания для страны новых системных социальных рисков.

В настоящее время ведется работа по мониторингу реализации ФЗ №122 в регионах и уже подготовлен ряд поправок к нему, касающихся совершенствования социальной защиты инвалидов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЭРОЗИВНЫМ ГАСТРИТОМ

Парахонский А.П.
Кубанский медицинский университет,
Институт высшего сестринского образования,
Краснодар

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (ЯБ), а также хронический эрозивный гастрит (ХЭГ) занимают центральное место среди патологии желудочно-кишечного тракта. Достоверно известно, что соматические заболевания, в том числе и болезни пищеварительной системы, влияют не только на физическое состояние больного, но и на его психический статус, что имеет определённое социальное значение. Однако в современной медицине наибольшее внимание уделяется объективным данным. При этом вне поля зрения врача остаётся не менее важная часть информации о психологической, социальной, эмоциональной индивидуальной картине болезни. Следует учитывать, что больной является участником лечебного процесса, а не пассивным объектом терапии, поэтому его социально-психологический статус и готовность к сотрудничеству с врачом, т.е. комплайнс, имеют значение для эффективности лечения и течения заболевания в целом.

Цель работы – изучить комплайнс пациентов, страдающих ЯБ желудка, 12-перстной кишки, ХЭГ. Обследовано 3 группы больных (мужчины и женщины в возрасте от 22 до 63 лет). Диагноз заболевания ставили на основании результатов клинического, лабораторного, эзофагогастродуоденоскопического исследования. На приверженность индивидуума к лечению влияет уровень качества жизни пациента и многочисленные факторы, касающиеся самого лечения. Наиболее значимыми факторами комплайнса являются: финансовая готовность оплачивать лечение, медико-социальная адаптированность больного, медико-социальная информированность, отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами, медико-социальная коммуникабельность, удовлетворённость назначенным лечением, отсутствие склонности к медико-социальной изоляции, доверие к тактике и стратегии лечащего врача, результативность проводимой терапии, эффективность ранее проведённого лечения, психологическая совместимость с медперсоналом и доверие к нему. Существует много методов определения приверженности индивидуума к лечению. В нашем исследовании использовалась методика, состоящая в вычислении суммарного показателя с учётом выраженности силы влияния факторов, характеризующих готовность индивидуума следовать рекомендациям медицинских работников. Анкета включала 10 вопросов, содержащих формулировку, раскрывающую особенности влияния рассматриваемого фактора. Каждый вопрос имел пять вариантов ответа, оцененных в баллах в диапазоне от -2 до +2, характеризующих выраженность силы влияния данного фактора на приверженность к лечению: - 2 (низкая степень влияния), - 1 (ниже средней), 0 (средняя степень), +1 (степень влияния фактора выше средней), +2 (высокая степень влияния фактора комплайнса). В ходе тестирования опрашиваемый в каждом вопросе выбирал только один вариант ответа. При вычислении индивидуальной приверженности к лечению суммировали числовые значения выбранных ответов. Установлено, что индекс приверженности пациентов к лечению (ИППкЛ) составил по группам: 6,1±4,1 (69,27±16,3%), 6,7 (73,14±17,8), 5,6±3,3 (61,63±14,5). Этот индекс снижался с возрастом. В среднем у мужчин он равнялся 2,19±1,67 (58,43±13,8%), у женщин – 9,87±4,17 (79,87±19,9%), так как ИППкЛ у более половины мужчин был равен нулю и меньше.

При рассмотрении показателей по отдельным шкалам выявлено, что большинство пациентов не готово отказаться от нетрадиционных методов лечения, и не удовлетворены назначенным лечением. Возможно, это связано с недостаточной медико-социальной информированностью населения и неудовлетворительными результатами ранее проведенного лечения. Индекс результативности ранее проведенного лечения значительно ниже у мужчин, что можно объяснить низкой приверженностью к выполнению медицинских рекомендации. У женщин складываются более доверительные отношения с лечащим врачом, возможно, поэтому и выше результаты лечения. Кроме того, пациенты не готовы потратить деньги на приобретение необходимых лекарственных средств, а, при необходимости, и на дополнительные методы обследования. Таким образом, приверженность к лечению у мужчин, страдающих ЯБ и ХЭГ, ниже, чем у женщин. В связи с этим врачу общей практики при назначении лечения необходимо учитывать личностные особенности пациента, формирование индивидуальной реакции на заболевание, отношение к лечащему врачу.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ГОСПИТАЛЬНОМ И ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

Парахонский А.П.
Кубанский медицинский университет,
Институт высшего сестринского образования,
Краснодар

Обезболивание в послеоперационном периоде (ПП) является актуальной проблемой, так как большинство пациентов испытывают страх не перед предстоящей операцией и анестезией, а перед развитием болевого синдрома (БС) в последующем. Сильная