

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 успех 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. комплаинс, имеют значение для эффективности лечения и течения заболевания в целом.

Цель работы – изучить комплаинс 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 комплаинса 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 ме-

тодов 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 комплаинса). 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: $6,1 \pm 4,1$ ($69,27 \pm 16,3\%$), $6,7$ ($73,14 \pm 17,8$), $5,6 \pm 3,3$ ($61,63 \pm 14,5$). Этот индекс снижался с возрастом. В среднем у мужчин он равнялся $2,19 \pm 1,67$ ($58,43 \pm 13,8\%$), у женщин – $9,87 \pm 4,17$ ($79,87 \pm 19,9\%$), 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 рекомендаций. 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