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

боль является стресс-фактором, приводящим к дисфункции кардиопульмональной, эндокринно-метаболической, иммунной и гастроинтестинальной систем. Нарушение их функций лежит в основе послеоперационных осложнений. При неадекватном обезболивании боль может трансформироваться в хронический БС. Лечение развившихся на этом фоне осложнений сопряжено с длительным пребыванием в стационаре и финансовыми затратами. Адекватное лечение БС уменьшает риск развития послеоперационных осложнений и приводит к экономии финансовых средств. По сведениям Европейской Ассоциации боли, большинство использующихся методов лечения послеоперационного болевого БС нельзя признать удовлетворительными. Анализ эффективности лечения БС в клинике выявил следующие причины неэффективного БУ: не выполнялись разработанные стандарты и рекомендации; при назначении обезболивающих средств не проводилась оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале; назначались заниженные дозы аналгетиков; аналгетики не назначались в строгом временном интервале, а применялись лишь по требованию пациента; пациенты не были информированы о характере проводимой противоболевой терапии; в больнице не проводились занятия с медицинским персоналом, направленные на повышение квалификации в области послеоперационной аналгезии. Современные стандарты обезболивания в ПП основаны на трёхступенчатой схеме, включающей базовую аналгезию, специальную аналгезию с использованием контролируемого пациентом внутривенного капельного введения опиатного аналгетика (ОА), использование региональных методов анестезии (эпидуральной, проводниковой). При наличии слабой и средней интенсивности боли проводят базовую аналгезию неОА. Препараты выбора: парацетамол, НПВП, селективные ингибиторы циклооксигеназы; новалгин с местными анестетиками (МА); инфильтрационная аналгезия в области послеоперационной раны, введение МА в дренаж. Форма назначения: энтеральная и парентеральная. При неэффективности терапии дополнительно назначают ОА – трамал, дипидолор (пиритрамид). Специальная контролируемая пациентом аналгезия применяется при наличии средней и сильной боли. Обычно используется низкодозированный опиоид (дипидолор). Аналгезия позволяет учитывать индивидуальную чувствительность пациентов к боли. Из негативных отмечают известные побочные эффекты ОА: апноэ, седация, головокружение, запоры. Для нивелирования побочных эффектов целесообразна комбинация с неОА. Региональная анестезия (перидуральная анестезия, катетеризация шейного, подмышечного, бедренного сплетений) с использованием контролируемых пациентом введений, применяется при сильной боли. Средствами аналгезии являются МА, опиаты и их комбинация. Преимуществами этого вида аналгезии являются: лучшая субъективная переносимость; психологический и психический комфорт; незначительное влияние на ЦНС, ЖКТ, дыхание. При проведении аналгезии необходимо определять: интенсивность боли 1-2 раза в день, состояние пациента, локализацию катетера, место пункции, неврогический статус, назначение базовой аналгезии. В ПП после выписки больного из стационара возможности лечения БС ограничены из-за отсутствия отделения терапии боли. В связи с этим широко используется базовая аналгезия в комбинации с опиатами в форме пластыря (фентанил). Внедрение специализированных дневных стационаров службы терапии боли позволит обеспечить не только оптимальное обезболивание с помощью традиционных методов (включая психотерапию), но и с помощью нетрадиционных (иглоукалывание). Таким образом, лечение БС в ПП можно разделить на два этапа. Первый включает БУ в соответствии с описанными стандартами, которое может быть эффективным, если разработанная схема используется в полном объёме, а пациент информирован об использующемся методе лечения. После выписки больного из стационара необходимо оценивать потребность больного в БУ и при необходимости привлекать специалистов, занимающихся лечением БС, для выбора оптимального вида лечения.

МОДЕЛИ И АЛГОРИТМЫ ДЛЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЦВЕТООЩУЩЕНИЯ И ЦВЕТОВОСПРИЯТИЯ

Пятакович Ф.А., Курлов Ю.А.
Белгородский государственный университет, Белгород

В последние годы получают широкое распространение методы коррекции функционального состояния человека основанные на биологической обратной связи, предъявляемой пациенту в виде различных физических и химических модальностей. Это могут быть сигналы пульса, дыхания, электроэнцефалограммы, концентрация CO_2 в выдыхаемом воздухе, сенсорные сигналы цветовых паттернов, соответствующих параметрам ЭЭГ здорового человека.

В последнем случае в процессе цветоритмотерапии воздействие определяется как частотной, так и цветовой составляющими и поэтому врачу необходимо быть уверенным в способности пациента видеть и различать цвета.

Основной целью настоящего исследования является создание автоматизированного модуля определения остроты зрения, цветовосприятия и цветоощущения человека, направленного на обеспечение классификации функциональных резервов периферического и центрального анализатора зрения.

Основные задачи: провести анализ перспективных направлений, связанных с решением задачи создания автоматизированного модуля классификации функциональных резервов периферического и центрального анализатора зрения человека;

разработать детерминированную модель, характеризующую функцию остроты зрения, которая включает параметры движущихся решеток;

разработать детерминированную модель, характеризующую функцию цветового ощущения, которая включает сенсорные цветовые параметры статических квадратов, различающихся оттенками красного, зеленого и синего цвета;