

НО при развитии гипертензии у крыс, обнаруженное в наших предыдущих опытах.

Исследования выполнены при поддержке грантом МОРФ по программе «Развитие потенциала высшей школы».

**Взаимоотношение врач-пациент при
выработке
совместного решения о дальнейшем лечении
соматических болезней**

Биккинина Г.М., Исхаков Э.Р.

*Башкирский государственный медицинский
университет*

Уфа, Республика Башкортостан, Россия

Пунктуальное выполнение предписанных врачом медикаментозных рекомендаций, т. е. приверженность (комплаенс) больного к лечению, зависит во многом от эффективности процесса общения между врачом и пациентом (SABA). Улучшение комплаенса через усиление мотивации достигается либо путем проведения специальной образовательной программы для больных, либо через беседу врач-пациент. Например, выработка совместного решения по дальнейшему лечению, во время визита, в котором врач разъясняет особенности действия и применения лекарств, спрашивает и выслушивает мнение пациента об особенностях употребления им медикаментов, повышает приверженность пациентов к приему препаратов и, следовательно, улучшает эффективность лечения (5, 7).

Целью исследования явилось установить особенности коммуникативного процесса «врач-пациент» по выявлению процесса принятия совместного решения о дальнейшем лечении соматических болезней. Было проанализировано 98 приемов в платной поликлинике и частных визитов врачей, во время которого проводилось наблюдение за процессом общения «врач-пациент». Оценка выработки совместного решения о дальнейшем лечении в системе «врач-больной» проводилась с учетом работ Elwin (2, 3, 4), Bradock (1), Saba(6). Обосновано, что совместное принятие решение о дальнейшем лечении вырабатывается при выполнении в ходе общения таких условий, как обмен информацией о ходе лечения, выработка убежденности о необходимости, полезности (безвредности) и эффективности предлагаемых для приема медикаментов (или каких либо других рекомендаций), взаимного достижения согласия и договоренности о лечении (обследовании). В процессе наблюдения нами определялись 5 коммуникативных поведенческих категорий, которые оценивались по 3 разрядам: «0» - не выражен, «1» - слабо выражен, «2» - сильно выражен. Первая категория – демонстрация уверения и убеждения врачом пациента о

необходимости применения той или иной рекомендации. Вторая категория – вызывание врачом мнения об уверенности и убежденности со стороны пациента о необходимости выполнения той или иной рекомендации. Третья категория – информирование врачом пациента об особенностях той или иной рекомендации. Четвертая категория – получение от пациента информации об его отношении и особенностях применения и выполнения той или иной рекомендации. Пятая категория – достижение взаимного согласия на выполнение той или иной рекомендации. Максимальное количество баллов соответствующее полному совместному решению являлось 10, а при 0 баллов было отсутствие решения.

Из числа визитов и посещений 51 (52%)случай были по поводу сердечно-сосудистых болезней (АГ, ИБС), а 47 (48%) - по поводу болезней ЖКТ. Установлено, что среди мероприятий, которые рекомендовались пациентам, на первом месте было медикаментозное лечение– 59 (60%), диагностические исследования – 15 (15%), изменение образа жизни– 9 (10%), другие виды лечения – 15 (15%).

Определено, что в беседе врач-пациент полное принятие совместного решения о дальнейшем лечении соматических болезней (количество баллов 9-10) проявилось в 10 (9,8%) случаях, и процесс близкий к этому (количество баллов 6-8) – в 31 (22%) случае. В каждом пятом приеме или визите отсутствовала ситуация совместного решения о дальнейшем лечении (количество баллов 0-2) – 20 (20%)случаев. В большинстве визитов процесс общения был лишь приближен к совместному принятию решения (количество баллов 3-5), таковых наблюдалось 40 (44%) случаев. Полученные данные отличаются от результатов Saba, исследовавших частнопрактикующих врачей США, где достигалось более половины совместных решений о лечении.

Таким образом, установлено, что в большинстве случаев процесс общения «врач-пациент» протекает с низким уровнем совместного принятия решения о дальнейшем лечении.

**Дыхательные расстройства
у работников газовой промышленности**

Бисалиев Р.В.

*Астраханский государственный университет
Астрахань, Россия*

Одной из актуальных проблем современной биологии и медицины является изучение влияния промышленных поллютантов на здоровье человека. На настоящий момент насчитывается более 40 городов с уровнем загрязненности атмосферного воздуха в несколько раз превышающим допустимые

гигиенические нормы. Астраханский регион не является исключением. По мнению астраханских авторов среди многих промышленных предприятий Астраханской области: «Астрком-мунэнерго», «ТЭЦ-2», «Астраханьгазпром», на долю последнего приходится до 50 % всех загрязнителей атмосферы. Длительное воздействие производственных факторов, даже на уровнях, не превышающих предельно допустимых концентраций, способно вызывать состояние хронической интоксикации, которое проявляется предболезненными и патологическими нарушениями верхних дыхательных путей, снижением проходимости бронхов, изменениями факторов естественной защиты. В качестве отрицательных экопатогенных факторов, влияющих на органы дыхания у работников газовой промышленности, выступают сероводород, оксиды углерода и азота, а также ароматические углеводороды. Массовые профилактические осмотры работников Астраханского газоперерабатывающего завода показали весьма высокое (свыше 60 %) преобладание обследованных с заболеваниями верхних дыхательных путей.

Данные по концентрации сероводорода, способной вызвать утомление обоняния, паралич обонятельного нерва, варьируют в широких пределах: от 1 до 150 ppm. В связи с этим обстоятельством обонятельные ощущения не могут служить надежным критерием обнаружения опасной концентрации сероводорода в атмосферном воздухе. Опрос, проведенный среди населения санитарно-защитной зоны, показал, что до 90 % респондентов периодически отмечали запах сероводорода и ухудшение состояния здоровья, связывая это с изменениями экологической обстановки. Однако не установлено значительного нарастания частоты расстройств дыхательной системы среди населения за все годы работы Астраханского газового завода (Трубников Г.А. и др., 1996). В то же время в подавляющем большинстве случаев обнаруживались морфофункциональные нарушения: сухость слизистой оболочки, нередко сопровождающаяся образованием сухих корок, дистрофические изменения в виде атрофии слизистой оболочки полости носа. У некоторых обследованных имело место образование вязкого, трудно отделяемого секрета.

При воздействии малых и больших доз сероводорода (от 10 до 800 мг/м³) на ткань легких животных наблюдались: увеличение количества слизистых клеток, в отдельных участках — отторжение больших групп эпителиоцитов в просвет бронхов, деструктивные явления в альвеолярной системе и поражение соединительной ткани стромы. У 80 % работников газпрома выявлены нарушения функции дыхания (увеличение минутного объема дыхания,

снижение коэффициента поглощения кислорода) (Полунин И.Н., Тризно Н.Н., 1996).

Таким образом, проблема влияния серосодержащих веществ на органы дыхания изучена недостаточно, поэтому нуждается в дополнительном изучении. Следует отметить, что на организм действует совокупность факторов, что не только усиливает патогенный эффект, но и порою делает его трудно прогнозируемым. При этом проявления предболезненных и патологических состояний у работников газовой промышленности и у населения прилегающих к ним территорий, могут быть как сходными, так и различными.

Особенности респираторной гипоксии у больных хронической обструктивной болезнью легких

Борукаева И.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет,

*Институт информатики и проблем
регионального управления КБНЦ РАН, Нальчик,
Россия*

Хронические обструктивные болезни легких включают гетерогенную по своей природе группу легочных заболеваний - хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, эмфизема и другие, которые объединяет расстройство функции внешнего дыхания легких по обструктивному типу. Большое внимание уделяется изучению механизмов развития и лечения хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ), в частности, хронического обструктивного бронхита (ХОБ) и бронхиальной астмы (БА).

С целью выявления особенностей развития респираторной гипоксии и дыхательной недостаточности у больных хроническим обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой нами было проведено комплексное обследование 850 больных.

Полученные результаты делают очевидным наличие респираторной гипоксии у больных и бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом. Однако механизмы ее возникновения при ХОБ и БА различны, что определяется разным патогенезом этих заболеваний. У больных хроническим обструктивным бронхитом в основе развития респираторной гипоксии лежит длительный воспалительный процесс в бронхиальном дереве, приводящий к прогрессирующему уменьшению жизненной емкости легких, альвеолярной вентиляции, уменьшению диффузионной поверхности легких. Хронический обструктивный бронхит приводит к более быстрому развитию дыхательной недостаточности.