

**Институт социального образования (филиал) Российского
государственного социального университета в г. Саратове**

**Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского**

**Национальный исследовательский
Саратовский государственный университет
имени Н.Г. Чернышевского
*Факультет психологии***

Центр медико-социологических исследований

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

**Научные труды
III Всероссийской (с международным участием)
научно-практической конференции**

15–16 мая 2014

Саратов

Саратов
ИЦ «Наука»
2014

УДК 364.444:316

ББК 60.56

И73

И73 Интегративные исследования в медицине: научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Саратов: ООО «Издательский Центр “Наука”», 2014. – 218 с.

ISBN

В сборнике представлены результаты исследований, рассматривающих ключевые медико-социальные проблемы современной России. Статьи опубликованы в авторской редакции.

ISBN

© Авторы статей, 2014

Междисциплинарные исследования качества жизни и методологические проблемы интегративных исследований в медицине

Седова Н.Н.

г. Волгоград, Россия

ГУ «Волгоградский медицинский научный центр»

ЭТНИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ КАК ПРЕДМЕТ ИНТЕРЕСА СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

В современную эпоху, которую часто называют эпохой «этнического ренессанса» или «парадокса этничности», проблема здоровья этносов приобретает немаловажное значение. Однако отношение к ней весьма различно. С одной стороны, идея уникального генофонда, обособляющего этнос как популяцию, предполагает изучение этнических болезней, дифференцирование отдельных видов медицинской помощи, учета национальных традиций в предоставлении и потреблении медицинских услуг.

С другой стороны, этническая компонента в здравоохранении, если следовать документам ВОЗ, все в большей мере соотносится с проблемами медицинской помощи мигрантам, борьбой с бедностью, демографическими аномалиями. Таким образом, этнические и социально-экономические векторы медицинского обслуживания предполагаются однонаправленными, хотя доказательства этого носят статистический или иллюстративный характер [1].

Для России тема «Этничность и здоровье» – принципиально новая, поскольку в Советском Союзе этнические различия на генетическом уровне не признавались и, следовательно, этномедицина существовать не могла. Поэтому сейчас мы столкнулись с тем, что западная социология медицины значительно опередила отечественную в разработке инструментария изучения этнических проблем медицины. К таким проблемам относятся и упомянутые выше этнические болезни, и отношения к разным видам медицинских вмешательств (трансплантация органов и тканей, переливание крови, прерывание беременности и т.п.), и отношения между врачом и пациентом, и здоровье мигрантов, и распространение социально-опасных заболеваний... Этот перечень можно продолжать долго. Существенным представляется то, что в России давно и успешно обучаются медицине представители разных этносов (иностранные студенты в медицинских вузах РФ), они привносят свои образы здоровья и болезни, но результат их обучения один – диплом врача, независимо от этнического стереотипа здоровьесохраняющего поведения, навыков народного целительства, вероисповедания и т.п. Значит ли это, что в профессиональном плане медицина наднациональна и включает этническое прочтение своих приемов и методов только на уровне потребителей медицинских услуг? Возможно, собственно этническими являются только сюжеты народной медицины? Может ли этническая доминанта стать фактором риска для здоровья? Следует ли считать этнические меньшинства уязвимыми группами в проведении клинических исследований? Вопросов много. К

сожалению, ни в документах, касающихся реформы здравоохранения в РФ, ни в Национальном проекте «Здоровье», ни в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нет положений о роли этнического фактора в развитии медицины полиэтничной России. Мы полагаем, что для таких обобщающих положений просто не хватает информации, поскольку вопрос не изучался. Наиболее перспективным полем для его изучения является социология медицины, как это продемонстрировано социологами Великобритании, Нидерландов, Франции, Германии, Бельгии и США.

Термин «этничность» может быть использован с целью оценки состояния здоровья и качества жизни, поскольку описывает широкие исторические процессы колонизации, миграции и дискриминации. Он полезен также в медицинских исследованиях, поскольку связывает их с этническими категориями переписей населения и большими социальными исследованиями. Самоидентификация личности с этнической группой является альтернативным объектом внимания в исследованиях этнических различий в здоровье. Этот подход фокусирует внимание на активной и конструктивной дифференциации на основании таких целостностей, как история, культура и идентичность родителей. При этом в этномедицине «различие как разнообразие» встречается чаще, чем «различие как противопоставление».

Этническое различие в мире на сегодняшний день очень сложно, а обширные необработанные категории, используемые в переписях, могут служить для скрытия такого различия. Здесь может возникнуть необходимость в различных типах информации, несводимых к категоризации. Для некоторых групп главным определителем является религия, она чаще используется, чем категоризация посредством региональной национальной идентичности (например, индийцы, пакистанцы, бангладешцы). Тем не менее, религиозная идентификация проявляется в контексте этнонациональных идентификаций и предполагает необходимость в религиозных определителях как дополнительных к национальным. Споры вокруг категоризации этнической группы в социологии медицины предполагают необходимость различных подходов, чаще основанных на самоидентифицируемой этничности, чем на расовых категориях. Популяции смешанного происхождения часто игнорируются в медико-социологических исследованиях, посвященных сбору этнических данных. Выбор и количество расовых/этнических категорий и распределение персон «смешанного» или многорасового происхождения обычно идентифицируются как ключевые результаты, отнесенные к демографическим данным. Большинство людей, идентифицирующих себя как лиц «смешанного» происхождения, считает эту позицию неудовлетворительной и требует изменений в методе конструирования этнических категорий.

Многие исследователи, использующие новые методики, такие, как автобиографический и жизнеописательный жанры, проявляют внимание к раскрытию персональной социологической конструкции идентичности. Однако не всегда желательно или даже возможно «распаковать» культуру или этничность, т.к. они контекстуально зависят от социальных и психологических концепций и трудно узнать, как каждый фактор воздействует на все это. В этномедицинских исследованиях нельзя игнорировать социо-экономический статус в целом или

относиться к нему как к «информационному шуму», поскольку этничность – феномен биосоциальный. Очевидно, что необходимо определить роль этнологических концепций для социологии медицины, обосновать методы и операциональные процедуры сбора этнической информации для медико-социальных исследований, доказать необходимость учета этнических переменных в социологических исследованиях здоровья и болезни. Это может быть предметом целого ряда исследований в социологии медицины.

В основе подобных исследований, на наш взгляд, должно лежать положение о том, что взаимодействие этнических структур единого человеческого мира подчинено как объективным законам развития, так и традиционным ценностным ориентациям, которые могут вступать в противоречие с законами, но именно они диктуют стратегию человеческого поведения, поскольку непосредственно связаны с витальными потребностями людей. Поэтому учет этнического компонента в медико-социологических исследованиях обязателен. Поскольку социология медицины не занимается, исходя из своего предмета, специальными этнологическими исследованиями, она должна заимствовать методологию этносоциологии при изучении этнических проблем здоровья и болезни. В наибольшей степени для этого подходят такие направления этносоциологии как теории рационального выбора и символический интеракционизм. В медико-социологических исследованиях этничности целесообразно использовать примеры вместо открытых вопросов. В большинстве исследований, связанных со здоровьем, недостоверность свободного ответа появляется там, где аналитическая природа данных должна быть подтверждена административными протоколами и обзорами (присутствие категоризации). Тем не менее, лонгитюдные исследования обязаны проверять генезис идентичности и обнаруживать ее динамику.

На основе социологических исследований этноэпидемиологии, которые представлены в западной литературе, можно сделать вывод о том, что предрасположенность к определенным болезням связана с этничностью, но обусловлена не только генетически, но и, главным образом, социально-экономическими условиями существования этноса и его культурными стереотипами. Действительно, этносы обладают генетической предрасположенностью к определенным патологиям, но эта возможность может реализоваться или не реализоваться в зависимости от условий существования данного этноса.

Сфера медицинской деятельности и медицинского образования в современном обществе является одним из главных полей этнической мобилизации. Это связано: а) с глобализацией, объективно снижающей индивидуальную ценность личности и, следовательно, способствующей возрастанию этой ценности в отдельных отраслях деятельности, специально организованных для защиты человека (медицина, образование); б) с развитием биомедицины и оформлением ее этнической интенциональности.

В западной социологии медицины получены концептуальные результаты изучения этничности (медико-социальное значение этнических групп и этнического происхождения). Методологически ценными представляются такие результаты как: а) номенклатура шкал в этномедицинских исследованиях,

б) принципы компарации шкал в глобальных и этномедицинских исследованиях, в) метод распределений, г) дифференциация предписанной и приписанной наблюдателем этничности пациентов.

К причинам методологических ошибок в изучении этномедицинских проблем следует отнести: а) риск истолковать этничность как натуральное и фиксированное деление между социальными группами, игнорирующее ее контекстуальные и лабильные характеристики (типично для больших эпидемиологических исследований); б) риск произвольных интерпретаций, основанных на вымышленных и неопределенных культурных и генетических факторах.

В западной социологии медицины этничность, приписанная наблюдателем, не считается приемлемым методом изучения и избегается правительственными исследованиями и переписями. Это неэффективно для концептуализаций этнической группы и считается неприемлемым методом для здоровых взрослых и всех терапевтических пациентов. Здесь остаются только некоторые контексты, в которых такое назначение может быть оправдано с концептуальной точки зрения [2].

Герменевтический анализ позволяет проследить формирование отношения к здоровью, детерминированного целиком этническими особенностями. Так, например, в русском этносе отношение к здоровью как ценности этнически определено а) ареалом обитания этноса, б) языковой культурой этноса, в) особенностями хозяйственной жизни этноса. Здоровье в русской культуре – это качественная характеристика бытия человека как единицы рода, что и выражено в растительной метафоре здоровья. По мере того, как за болезнью закрепляется значение бессилия, она конкретизируется в народном сознании, что порождает множественность частных ее определений при отсутствии единого, целостного представления о ней. Принципы здорового существования индивидуума аналогичны тем законам, согласно которым структурируется социальное пространство русского народа, и собранием которых стал позднее Домострой. В Домострое, по сути, постулируется, что здоровье человека и надежность социальной структуры неразрывно взаимосвязаны.

Существуют значительные отличия в восприятии социальных мер контроля за медицинскими вмешательствами у представителей разных этносов. Однако решающим фактором этих отличий выступают не биологические или физиологические особенности представителей разных этносов, а культурно-исторические и конфессиональные компоненты их этнического самосознания. Поэтому логичным представляется вывод о том, что программы обучения в медицинских вузах должны включать этнологический компонент как в цикле гуманитарных дисциплин, так и в цикле специальных медицинских дисциплин.

Литература

1. Седова Н.Н. Биоэтика этноса или этническая биоэтика? // Биоэтика. – 2013. – №2. – С. 5-10.

2. Мерзлова Н.Б., Серова И.А., Ягодина А.Ю. Этническое поведение и обеспечение персональной инфекционной безопасности как форма личной ответственности за состояние здоровья // Биоэтика. – 2013. – №2. – С. 30-33.

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНЫ

(Некоторые методические аспекты освоения вопроса)

1. Философии медицины как окончательно сформированной концепции не существует. Мы не получили ее в готовом виде. Возможная *концептуальная философия медицины* – философское исследование медицины, с одной стороны, и «медицинское исследование», с другой.

2. Существенное значение для формирования концептуальной философии медицины имеет *междисциплинарная методология*.

3. Философия и медицина сходятся в концептуальной философии медицины и с ее помощью. Она – хронотопос их сближения. В ней и через нее они взаимно соотносятся, некоторым образом, насколько это возможно для этих столь различных дисциплин, соответствуют друг другу, отчасти совмещаются и совпадают друг с другом, двумя словами говоря, конгруэнтны и коррелируют соответственно. Уже это дает право трактовать концептуальную философию медицины под междисциплинарным углом зрения. Ее можно назвать междисциплинарным посредником. Она обеспечивает их сотрудничество, содействие, согласованность, словом, синергетичность. Посредством философии медицины философия и медицина интеллектуально совершенствуются в синергетической коммуникации, и, вместе с тем, каждая на свой лад и обе заодно сами совершенствуют эту последнюю.

4. Философия и медицина, разумеется, не утрачивая каждая своей собственной самоидентификации, объективируются «внутри» философии медицины. Объективируясь, синтезируются в одно новое единое целое. Это новое целое – концептуальная философия медицины. По сути дела они образуют ее.

5. Проблема. Заключается она в том, что уже существующей, раз и навсегда данной парадигмы для их объективации и синтеза нет, и быть не может. Нет, повторимся, и готовой, законченной философии медицины.

6. Объективация и синтез философии и медицины каждый раз начинаются, протекают и завершаются, словом, осуществляются заново. Всякий раз осуществляясь по-другому, они по существу снова и снова создают ее. Соответственно, сама она изменяется и обновляется. Такова уж их, философии, медицины, философии медицины энтелехия и судьба – не стоять на месте, но все время быть в движении.

7. Философия медицины находится в процессе становления. Поэтому понятие философии медицины не может трактоваться без обращения к

философии как науке и медицине как науке. Однако дедукция понятия «философия медицины» не предполагает его уже имеющимся и его не следует принимать как одно-однозначное. Такое понятие ее только еще предстоит получить.

8. Эпистемологический поворот. Суть и смысл его заключается в том, что, возможно, сама же философия медицины и станет такой парадигмой, но не застывшей в неподвижности, а наоборот, теоретико-познавательной-подвижной. Главное здесь не впасть в сугубо искусственное построение этой парадигмы, но искусно выстроить ее. Это, в свою очередь, обеспечит внутреннее обновление, *инновацию*, современной структуры наук. Ведь философия медицины будет стремиться занять в ней свою гносеологическую нишу. Такой поворот можно не принимать, но исключать его не продуктивно. Начала формирования, уже имеющиеся позитивные шаги, продолжающиеся попытки в создании новой научной дисциплины, именуемой «философия медицины», подготовлены в недрах и ходе развития этой структуры.

9. Предполагается, что есть основание разрабатывать и трактовать концептуальную философию медицины именно и преимущественно как *гуманитарно-мировоззренческую, философскую дисциплину*. Как по существу, так и по определению, философия медицины есть часть философии. Медицина же, будучи наукой естественной, призвана обеспечивать философию медицины естественнонаучным материалом, оснащать ее эмпирическими фактами. Для медицины это ни в коем случае не означает ни малейшей подчиненности ее философии медицины. Излишне повторять, что обе они равноправны. Среди многих других задач, в общую задачу философии медицины входит, например, проведение *гуманитарной экспертизы* всевозможных сциентистским или сенсуалистическим – как в субъективном, так и в объективном смысле - путем добытых медициной фактов.

10. Гуманитарная экспертиза опирается прежде всего на гуманитарные, общественные науки – философию, историю, филологию и др, и, естественно, на деонтологию, этику, биоэтику, ориентируется на социогуманитарное знание. Не исключено, что необходимо и достаточно развитая концептуальная философия медицины сама может стать неординарным и продуктивным методом гуманитарной экспертизы, скажем, принятия некоторых (био) медицинских решений и их последствий для антропологического. Такого рода экспертизу можно характеризовать как *морально-оценочную функцию* философии медицины, а саму философию медицины как соединенный *метод этико-гуманитарно-аксиологической экспертизы*. Так понимаемая, философия медицины – весьма специфический инструмент философского анализа медицины в целом.

О философии медицины здесь говорилось так, как если бы она уже была создана.

**Чеснокова Н.П., Моррисон В.В., Афанасьева Г.А.,
Понукалина Е.В., Полутова Н.В.**

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ОПЫТ МНОГОЛЕТНЕЙ КООРДИНАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАТОФИЗИОЛОГОВ САРАТОВА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Патофизиология – это наука об общих закономерностях развития болезней, формирующихся независимо от особенностей этиологических факторов. Типовая структура болезней включает совокупность типовых патологических реакций, патологических процессов и состояний, обеспечивающих развитие реакции адаптации и дезадаптации на различных уровнях организации биосистем.

Одним из классических примеров динамического взаимодействия указанных механизмов адаптации и повреждения является формирование специфических иммунологических механизмов защиты и неспецифических факторов резистентности в ответ на действие инфекционных патогенных агентов.

Инфекционный процесс формируется под влиянием этиологических факторов экзогенной или эндогенной природы в ответ на действие патогенной или условнопатогенной микрофлоры на фоне нормальной, повышенной или сниженной иммунологической реактивности организма. В связи с этим проблемы этиологии, патогенеза, патогенетического обоснования новых высокоэффективных принципов терапии заболеваний инфекционной природы находят отражение в научных исследованиях как теоретиков, в частности патофизиологов, так и клиницистов – инфекционистов, хирургов, терапевтов, онкологов и врачей многих других специальностей.

Сотрудники кафедры патологической физиологии на протяжении ряда десятилетий проводят комплексные исследования по изучению механизмов развития бактериальных инфекций и интоксикаций.

Так, на протяжении 60-90 годов XX столетия сотрудниками кафедр патофизиологии, физиологии, инфекционных болезней, а также НИИ «Микроб» были установлены новые механизмы цитопатогенного действия ряда экзотоксинов: ботулинического, столбнячного, газовойгангренозного, дифтерийного, стафилококкового. Одновременно изучался патогенез экспериментальных холерной и чумной интоксикаций. Указанные исследования выполнялись под руководством проф. В.В. Михайлова, Н.Р. Иванова и легли в основу докторских диссертаций профессоров Н.П. Чесноковой, В.В. Моррисона, Г.Е. Брилля, Л.Г. Белова, Б.З. Шенкмана.

В последующем была продолжена активная научно-исследовательская работа патофизиологов СГМУ с сотрудниками НИИ «Микроб» К.М. Мохиним, К.М. Дальвадянцем, В.В. Кутыревым по изучению механизмов потенцирования и депотенцирования действия токсинов возбудителей чумы и холеры на молекулярно-клеточном, органном и системном уровнях. Результаты этого направления исследований позволили патогенетически обосновать возможности снижения летальных эффектов токсинов возбудителей особоопасных инфекций за счет включения в комплексную терапию бактериальных интоксикаций фармакологических препаратов со свойствами антиоксидантов, антигипоксантов, мембранопротекторов [1, 2, 3, 4, 5]

Углубление современных представлений по проблемам патогенеза чумы и холеры, патогенетическое обоснование новых направлений повышения эффективности комплексной терапии чумной и холерной интоксикаций, сформулированных соискателями Е.В. Понукалиной и Г.А. Афанасьевой, легли в основу выполненных ими диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук, соответственно в 2001 и 2008 гг.

Совместная научно-исследовательская работа кафедр патофизиологии и инфекционных болезней СГМУ позволила значительно расширить представления о молекулярно-клеточных механизмах развития вирусного гепатита и геморрагической лихорадки с почечным синдромом [6, 7], что легло в основу докторской диссертации доцента кафедры инфекционных болезней В.И. Кузнецова (2007).

Начало XXI века ознаменовалось новыми направлениями комплексирования и координации научных исследований патофизиологов с сотрудниками кафедр акушерства и гинекологии, ЛОР-болезней, ожогового центра Саратова, а также Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко. Проблемы научной деятельности патофизиологов и клиницистов в этот период включали изучение патогенеза хронического рецидивирующего вульвовагинита, внутриутробного инфицирования плода. Одновременно изучались этиология, патогенез острого гематогенного остеомиелита у детей, а также хронического синусита. На основе этих исследований были подготовлены кандидатские диссертации О.Л. Морозовой (2004), Н.Ю. Капустиной (2008), Л.И. Дятловой (2002), Е.С. Коляченко (2004).

Результаты комплексных научных исследований теоретиков и клиницистов по проблемам инфекционной патологии отражены в ряде монографий [8, 9, 10, 11, 12], а также учебных пособий и публикациях в центральной печати.

Одним из направлений научных исследований кафедры патофизиологии СГМУ явилось изучение проблем патогенеза термической ожоговой травмы и ожоговой болезни.

Как известно ожоговая болезнь включает такие стадии развития как ожоговый шок, ожоговую токсемию, септикотоксемию и, наконец, период реконвалесценции. Термические воздействия на организм различной степени

тяжести всегда осложняются активацией патогенной микрофлоры в связи с развитием вторичного иммунодефицитного состояния, обусловленного чрезмерным выбросом АКТГ и глюкокортикоидов – гормонов адаптации и дезадаптации. Последние вызывают развитие системных метаболических и функциональных расстройств, свойственных различным стрессорным воздействиям.

В последние годы кафедра патологической физиологии совместно с сотрудниками Саратовского центра термических поражений изучала молекулярно-клеточные механизмы дезорганизации биосистем при ожоговой болезни и локальных термических травмах, что позволило установить значение свободно-радикальной дестабилизации биомембран клеток и межклеточного вещества, недостаточность антиоксидантной системы крови в патогенезе динамических морфологических сдвигов в ожоговой ране, а также стадийности развития ожоговой болезни [13, 14].

Проведено изучение факторов дисфункции эндотелия в разные сроки после получения термической травмы. Показана роль дисфункции эндотелия в патогенезе развития полиорганной недостаточности при ожоговой болезни [15, 16, 17].

Указанные исследования позволили разработать новые оригинальные диагностические и прогностические критерии развития ожоговой болезни и термической ожоговой травмы, оценки эффективности лечения ожогов и соответственно нашли широкое отражение в публикациях.

Таким образом, многолетние комплексные научные исследования сотрудников кафедры патофизиологии с клиническими кафедрами убедительно доказывают, что только тесная координация глубоких теоретических знаний и широких возможностей клиницистов в их реализации – залог успешного решения проблем патологии.

Литература

1. Понукалина Е.В., Афанасьева Г.А. О роли активации процессов липопероксидации в дестабилизации биологических мембран при чумной и холерной интоксикациях // Вест. Российского гос. мед. ун-та. – М., 2000. – № 2. – С. 137-140.
2. Понукалина Е.В., Киричук В.Ф., Чеснокова Н.П. Состояние реологических свойств крови в динамике холерной интоксикации // Тромбоз, гемостаз, реология, 2001. – № 6. – С. 48-51.
3. Афанасьева Г.А., Чеснокова Н.П. О патогенетической взаимосвязи нарушений реологических свойств крови и тяжести течения чумной интоксикации // Фундаментальные исследования, 2008. – № 3. – С. 53-57.
4. Афанасьева Г.А., Чеснокова Н.П. Механизмы индукции и потенцирования цитопатогенных эффектов *Yersinia pestis* // Токсикол. вестник, 2009. – № 1. – С. 35-40.

5. Афанасьева Г.А., Чеснокова Н.П. О роли активации липопероксидации в патогенезе экспериментальной чумной интоксикации // Патол. физиол. и эксперим. терпия, 2011. – № 1. – С. 46-48).
6. Кузнецов В.И., Моррисон В.В. Патогенетическое значение липидного спектра при некоторых инфекционных заболеваниях // Тер. архив, 2006. – т. 78. – № 11. – С. 27-30.
7. Кузнецов В.И., Ющук Н.Д., Моррисон В.В. Состояние структурных и функциональных показателей биомембран у реконвалесцентов с острым гепатитом В // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол., 2006. – № 5. – С. 20-25.
8. Ботулизм (патогенез, клиника, лечение) / Н.П. Чеснокова, В.В.Моррисон, Н.А.Соколова и др. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1991. – 288с.
9. Патофизиологические и клинические аспекты актуальных проблем акушерства и гинекологии / под ред. Н.П. Чесноковой, А.В. Михайлова. – Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2003. – 511 с.
10. Инфекционный процесс / под ред. Н.П. Чесноковой, А.В.Михайлова. – М.: Изд-во «Академия естествознания», 2006. – 434 с.
11. Шок, как проявление реакции дезадаптации при стрессе / под ред. П.В. Глыбочко и др. – М.: Изд-во «Академия естествознания», 2009. – 528 с.
12. Активация липопероксидации как ведущий патогенетический фактор развития типовых патологических процессов и заболеваний различной этиологии /под ред. В.М. Попкова, Н.П. Чесноковой, М.Ю. Ледванова. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2012. – 366 с.
13. Полутова Н.В., Островский Н.В., Чеснокова Н.П. Активация свободно-радикального окисления – эфферентное звено реализации цитопатогенных эффектов ожоговой травмы // Вест. новых медицинских технологий. – 2009. – № 2. – С. 68-71.
14. Полутова Н.В., Островский Н.В., Романцов В.Г., Чеснокова Н.П. Положительное влияние цитофлавина на сдвиги метаболического статуса при ожоговом шоке // Эксперим. и клин. фарм., 2011. – № 7. – С. 33-37.
15. Моррисон В.В., Божедомов А.Ю., Захарова Н.Б., Подгорнова А.В. Диагностическое значение маркеров повреждения эндотелия сосудов при термической травме // Саратовский научно-медицинский журнал, 2011. – № 3. – С. 629–633.
16. Божедомов А.Ю., Моррисон В.В., Захарова Н.Б., Островский Н.В. Маркеры повреждения эндотелия сосудов при ожоговом шоке // Вестник новых медицинских технологий, 2012. – № 1. – С. 106–108.
17. Моррисон В.В., Божедомов А.Ю. Дисфункция эндотелия при синдроме полиорганной недостаточности у больных с термической травмой // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2013. – № 2 (46). – С. 43-48.

Чеснокова Н.П., Понукалина Е.В., Глухова Т.Н., Сергеева О.Н.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

СОВМЕСТНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И ПАТОФИЗИОЛОГОВ САРАТОВА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА

Проблемы акушерства и гинекологии столь же многогранны, как и проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения самых разнообразных заболеваний инфекционной и неинфекционной природы.

В Саратовском государственном медицинском университете им. В.И. Разумовского уже на протяжении ряда десятилетий возникла прочная интеграция научно-исследовательской деятельности сотрудников кафедр патофизиологии, акушерства и гинекологии, а также Областного и городского Перинатальных центров.

Ведущими направлениями комплексных научных работ являлось решение проблем этиологии и патогенеза гестоза, патогенетического обоснования новых диагностических и прогностических критериев указанной патологии.

Как известно, гестоз является одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности и во многом определяет уровень и характер перинатальных осложнений. Частота гестоза не имеет тенденции к снижению и составляет, по данным ряда авторов, от 15,7 до 30,5%.

В последние годы отмечается тенденция к преобладанию моносимптомных форм гестоза и форм со стертой клинической симптоматикой, что приводит к недооценке тяжести течения патологии, недостаточному объему лечебных мероприятий.

До настоящего момента в значительной мере оставались невыясненными инициирующие этиологические факторы развития гестоза. На основе ретроспективного анализа историй родов и результатов собственных исследований были установлены факторы риска развития гестоза, а также роль нарушений инвазии трофобласта и неполноценности плацентации в индукции развития гестоза.

Проведенные на протяжении ряда лет комплексные исследования теоретиков и клиницистов значительно расширили представления о патогенезе гестоза, в частности, механизмах развития расстройств системной гемодинамики, регионарного кровотока, микроциркуляции и легли в основу докторской диссертации Т.Н. Глуховой (2005), ряда статей и учебно-методических пособий [1, 190; 2, 87; 3].

Нами было установлено, что уже при легком течении гестоза возникает ограничение кровотока почках, плаценте, прогрессирующее по мере утяжеления клинических проявлений гестоза. Нарушения кровотока в бассейне внутренней и общей сонной артерий присоединяются лишь при тяжелом течении гестоза, одновременно происходит смена преобладающего типа

системной гемодинамики с гипер- и эукинетического на гипокинетический тип. При этом наблюдается снижение объемных показателей центральной гемодинамики, повышение общего периферического сопротивления сосудов в сочетании с изменениями диастолической функции левого желудочка [1, 190].

В процессе совместных исследований кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, патофизиологии, физиологии человека было установлено, что важная роль в патогенезе расстройств гемодинамики, оксигенации и трофики тканей в системе мать-плацента-плод принадлежит нарушениям коагуляционного потенциала и реологических свойств крови, обнаруживающих патогенетическую взаимосвязь с изменением клеточного состава, усилением свободнорадикальной дестабилизации биомембран клеток различной морфофункциональной организации, недостаточности антиоксидантной системы крови [6; 7, 330]. Одним из ведущих патогенетических звеньев в развитии расстройств микроциркуляции при гестозе принадлежит снижению агрегационной способности тромбоцитов [4, 96; 5, 14].

В последующих работах кафедры патофизиологии совместно с сотрудниками Областного перинатального центра (д.м.н. Архангельский С.М., Яхамова Н.Н.) было продолжено изучение проблем патогенеза гестоза, по установлению роли нарушений иммунного и цитокинового статусов крови в системе мать-плацента-плода в индукции гестоза и его прогрессирующего течения [8, 28; 9, 335].

В соответствии с полученными данными, ранними признаками развития гестоза при его легком течении является повышение уровня в периферической крови IgG, ЦИК, CD16+ лимфоцитов при одновременном снижении уровня IgA IgM. Утяжеление клинических проявлений гестоза сочеталось с более выраженным возрастанием содержания в крови беременной ЦИК, IgG, CD8+ лимфоцитов на фоне снижения представительства CD4 лимфоцитов, IgG, IgA.

Результаты проведенных исследований были обобщены в диссертационной работе Н.Н. Яхамовой, методических рекомендациях для врачей.

В настоящее время продолжается совместная научная работа кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС, патофизиологии, сотрудников ГУЗ «Перинатальный центр Саратовской области» по углублению современных представлений о роли эндотелиальной дисфункции в патогенезе нарушений коагуляционного потенциала крови, ее реологических свойств и микрогемодинамики.

Литература

1. Глухова Т.Н. О состоянии регионарного кровотока при гестозе различной степени тяжести / И.А. Салов, Т.Н. Глухова // Мать и дитя: Материалы VI Рос. форума. – М., 2004. – С. 189-190.

2. Значение изучения системной гемодинамики у беременных с гестозом / И.А. Салов, Т.Н. Глухова, М.В. Балацкая, Н.П. Чеснокова // Успехи совр. естествознания. – 2003. – №2. – С. 87.

3. Патогенетическое обоснование принципов диагностики, прогнозирования и комплексной терапии гестоза: Учебно-методическое пособие / Сост.: Т.Н. Глухова, И.А. Салов, Н.П. Чеснокова – Саратов, 2004. – 63 с.

4. Понукалина Е.В., Хрипунова Г.И., Салахияева Г.С. Состояние антитромбогенной активности сосудистой стенки у беременных с гестозом средней тяжести на фоне различных видов терапии // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Тромбозы, кровоточивость, ДВС-синдром: современные подходы к диагностике и лечению», 16-18 октября 2008 г., Москва. – Москва, 2008. – Приложение № 6. – С. 95-96.

5. Салахияева Г.С., Понукалина Е.В., Глухова Т.Н., Чеснокова Н.П. Эндотелиальная дисфункция – один из ведущих патогенетических факторов развития гестоза // Современные проблемы образования и науки. – 2006. – № 5. – С. 12-14.

6. Сергеева О.Н., Глухова Т.Н., Понукалина Е.В. Особенности клеточного состава периферической крови у беременных с гестозом // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. <http://www.science-education.ru/108-8889>

7. Сергеева О.Н., Глухова Т.Н., Понукалина Е.В. О состоянии коагуляционного звена системы гемостаза при гестозе // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12 (часть 2). – С. 327-330.

8. Чеснокова Н.П., Архангельский С.М., Яхамова Н.Н. О роли нарушений иммунного статуса матери и плода при гестозе // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – №4. – С 26-28.

9. Яхамова Н.Н., Архангельский С.М., Чеснокова Н.П. Особенности иммунного и цитокинового статуса новорожденного от женщины, беременности которой осложнилась гестозом // Материалы III регионального форума «Мать и дитя». – Саратов. – 2009. – С.334-335.

Хворостухина А.И.¹, Андриянова Е.А.¹, Еремин В.И.¹, Орлова М.М.²
г. Саратов, Россия

¹ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России;

²Национальный исследовательский Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского

ИНТЕГРАТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Понятие «качество жизни» многозначно и трактуется как существование (бытие) в психосоциальных аспектах, как количественные характеристики функционирования личности в таких показателях, как: болезнь, смерть, симптом, прогноз, как особенности удовлетворения материальных и культурных (духовных) потребностей людей или как комплексный показатель физического, психического и социального благополучия, то есть качество жизни отождествляется с понятием здоровья или жизни. Интерес исследователей к понятию качества жизни продиктован, прежде всего,

возможностью исследовать интегральную характеристику жизнедеятельности и социума [1, 65].

Л.А. Фиглин выделяет две концепции категорий качества жизни: «индивидуалистическую» и «трансцендентальную» [4, 266], в зависимости от степени успешности осуществления своих желаний и реализации функций субъекта в широком социальном смысле.

Термин качество жизни вошел в медицинскую терминологию и все чаще используется как в научных исследованиях, так и в терапевтической практике. Всемирная организация здравоохранения определяет термин «качество жизни» как восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых он живет, в соответствии с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума [3, 66].

Термин «качество жизни» в 1947 году ввел американский врач D. Karnofsky, предложив описание влияния рака на пациента с помощью нефизиологических методов описания. Изначально качество жизни оценивали у онкологических больных для выработки оптимальной лечебной тактики.

Аспекты качества жизни, которые связаны со здоровьем, получили общее название «связанное со здоровьем качество жизни» (англ. health related quality of life).

Качество жизни определяют как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии [5, 50].

У концепции качества жизни можно выделить два аспекта. Во-первых, при его оценке принимаются во внимание разные сферы жизни пациента, как напрямую связанные с состоянием здоровья, так и зависящие от состояния здоровья косвенно. При оценке качества жизни пациента учитывают физическую, психологическую, социальную, экономическую, духовные стороны его жизни. Во-вторых, оценка основывается в первую очередь на мнении самого больного, его субъективном восприятии качества жизни по тем или иным аспектам.

Повышение качества жизни может являться либо основной, либо дополнительной целью лечения. Повышение качества жизни является основной целью лечения, если заболевание не может привести к сокращению продолжительности жизни (гастрит) или, напротив, если заболевание неизлечимо (последние стадии рака) и непременно приведет к смерти больного. В последнем случае улучшение качества жизни остается единственной целью лечения. Дополнительной целью повышение качества жизни является, если заболевание может привести к сокращению жизни (наличие онкологии на ранних стадиях, гипертоническая болезнь и др.).

Для оценки эффективности проводимого лечения в медицине традиционно используют составляющую – клинического ответа, а также в настоящее время используют составляющую качества жизни. При этом исследуют состояние физических, психологических и социальных функций пациента в процессе проводимого лечения. Качество жизни может зависеть от состояния здоровья, коммуникаций в социуме, психологического и социального статуса, свободы деятельности и выбора, от стрессов, организованности досуга, уровня образования, доступа к культурному наследию, социальному,

психологическому и профессиональному самоутверждению, адекватности коммуникаций и взаимоотношений.

Таким образом, оценка качества жизни может рассматриваться интегральным восприятием собственной жизни в параметрах благополучия, удовлетворенности или неблагополучия и неудовлетворенности. Критериями благополучия выступают социальные и физические составляющие жизнедеятельности, рассматриваемые как с объективной, так и с субъективной точки зрения. В этом отношении понятие качество жизни имеет сходство с понятием социально психологической ситуации.

Качество жизни как психологический феномен реализует субъектность и субъективность внутреннего мира человека и связан как с прошлым опытом, так и с целями и ценностями.

В исследованиях В.А. Ананьева, были выделены характеристики эмоционального благополучия человека: адекватная самооценка и уважение собственной личности, способность адаптироваться к меняющимся условиям, способность эффективно удовлетворять свои потребности, уверенность человека в том, что он сам в значительной мере управляет своей жизнью, относительная независимость, способность человека активно преодолевать жизненные разочарования, способность заботиться о других людях, способность доверять и чувство принадлежности ко всему сообществу людей, способность творить [2, 384]. Качество жизни, как интегральное отношение личности, является ценностным переживанием, связанным с жизненной ситуацией и самоотношением, имеющим смыслообразующую функцию и определяющим цели развития и жизнедеятельности субъекта.

Основным инструментом оценки качества жизни пациентов являются специально разработанные опросники, которые бывают общие (SF-36) и специализированные. Применение специальных методик – анкет-опросников – позволяет оценить количественно субъективные представления больного о качестве своей жизни, представляя, таким образом, более объективную информацию, подлежащую формализованной обработке.

Критерии включения – информированное согласие больного на участие в исследовании, способность заполнить опросники, отсутствие психических заболеваний и осложнений сопутствующих заболеваний, симптоматика которых доминирует по отношению к основному заболеванию.

Кроме сбора данных с помощью опросников, оценка качества жизни также включает объективное обследование больных, статистическую обработку, анализ и интерпретацию данных.

С 1970-х годов для расчетов соотношения стоимости и эффективности лечения было предложено использовать величину QALY (quality-adjusted life years) – годы жизни с поправкой на качество. Это условная интегральная величина, учитывающая продолжительность жизни пациента и ее качество. Для ее расчета необходимо каждый год, прожитый больным, умножить на коэффициент, отражающий качество его жизни. Коэффициент может принимать значения от 1,0 (абсолютное здоровье, максимальное качество жизни) до 0,0 (смерть). При этом один год, прожитый с наилучшим состоянием

здоровья прибавляет к величине 1 год, прожитый качественно. Год, прожитый с коэффициентом качества жизни 0,6 прибавляет 0,6 и т.п. Таким образом, при расчете эффективности лечения, например, два года жизни с коэффициентом 0,5 приравниваются к одному году с коэффициентом 1,0.

С нашей точки зрения вопросы для изучения качества жизни можно сгруппировать в несколько блоков: состояние физического здоровья, удовлетворенность медицинской помощью (медицинское наблюдение и обслуживание) и служб социальной защиты, психологическое состояние, отношения с родными и друзьями, экономические и бытовые условия, рациональное питание, занятие физической культурой, учебная и трудовая деятельность, хобби и увлечения, посещение культурно-массовых мероприятий, вера в Бога и соблюдение обрядов, участие в общественной жизни.

Оценка качества жизни, на наш взгляд, может рассматриваться как механизм, соединяющий объективную и субъективную стороны ситуации здоровья и болезни.

Качество жизни является интегративным психологическим образованием, основанным как на восприятии своей телесности, так и на социально-психологических механизмах в параметрах благополучия и удовлетворенности.

Как интегральное отношение личности, качество жизни является ценностным переживанием, которое определяет субъективный характер ситуации здоровья и болезни, связанный с оценкой этой ситуации в отношении смыслообразующих мотивов и структуры идентичности, что определяет адаптационные стратегии больного.

Формирование оценки качества жизни связано с основными механизмами социализации личности: сдвиг мотива на цель, идентификацией себя со здоровым или больным человеком и инвалидом, адаптацией к социальным ролям здорового или больного человека, что трансформирует характер социальных взаимодействий.

Оценка качества жизни может рассматриваться как мета или социально-психологический уровень внутренней картины болезни.

Литература

1. Айвазян С.А. Сравнительный анализ интегральных характеристик качества жизни населения субъектов Российской Федерации. – М.: ИЭМИ РАН, 2001. – С. 65.
2. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья в 2 книгах. Кн.1. Концептуальные основы психологии здоровья. Спб.: Речь, 2006. – 384 с.
3. Кон Я.И. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. 1993. – С. 66
4. Фиглин Л.А. Социальное управление и развитие на основе качества: дис...д-ра социол наук. – Саратов, 2003. – С. 266.
5. Хетагурова А.К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине // Вопросы управления здравоохранением. – 2003. – № 6. – С. 50.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВЗРОСЛЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) у взрослых довольно широко распространены, что подтверждается статистическими исследованиями, проведенными в разных странах. По их данным распространенность ЗЧА колеблется от 11,4 до 71,7%, что зависит от методического уровня исследований, профессиональной подготовки врачей, ошибок репрезентативности [3, 6].

Установлено, что эстетические дефекты зубных рядов влияют на социально-психологическое состояние пациентов [1, 4]. Описан так называемый «синдром неудачника» - особое психологическое состояние лиц с нарушениями эстетики зубов и зубных рядов. Он проявляется в том, что изначально человек ориентирован на проигрыш в любом начинании, т.к. считает, что наличие ортодонтической патологии изначально обрекает его на неудачу.

Достоверно оценивать психологические изменения пациентов можно с применением критериев качества жизни (КЖ). Оценка КЖ в стоматологии основана на заполнении специальных опросников (анкет). Чаще применяются следующие из них: профиль влияния стоматологического здоровья - Oral Health Impact Profile (OHIP) (G. Slade, J. Spenser, 1994); влияние стоматологического статуса на повседневную жизнь - Dental Impact on Daily Living (DIDL) (A. Leao, A. Sheiham, 1996); взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни - Oral Health - Related Quality of Life (OHQoL) (N. Kressin, A. Spiro, 1996) для измерения различного влияния стоматологического статуса на повседневные функции. На фоне интереса зарубежных авторов к исследованию КЖ ортодонтических пациентов, подчеркивающего высокую актуальность данного вопроса, в отечественной литературе нами не найдено опубликованных исследований на эту тему. Норма КЖ является величиной относительной, поэтому полученные за рубежом данные не могут быть критериями для исследований российского населения [2, 4].

Исследование КЖ является высокоинформативным, эффективным, чувствительным и экономически обоснованным методом оценки состояния здоровья в различных социальных группах населения. Доказано, что параметры КЖ пациента обладают прогностической значимостью и являются более точными факторами прогноза его состояния во время лечения, чем общесоматический статус. Данные о КЖ, наряду с традиционным медицинским заключением, позволяют составить более полную картину болезни (А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2002).

Оценка критериев КЖ ортодонтических пациентов может стать эффективным диагностическим инструментом, позволяющим выявить их

основные жалобы, определить скрытую мотивацию к ортодонтическому лечению, оценить степень удовлетворенности проведенным лечением еще до снятия брекет-системы. Данные, полученные перед началом лечения, помогут выявить группы пациентов, требующих повышенного внимания со стороны врача. Можно предположить, что наличие выраженной ортодонтической патологии снижает уровень КЖ пациента, в то время как качественно проведенное ортодонтическое лечение должно способствовать улучшению его показателей. В этом случае зафиксированное улучшение КЖ пациента, связанное с проведенным ортодонтическим лечением, может являться одним из важных критериев оценки его эффективности. Отсутствие положительной динамики может служить сигналом о скрытой неудовлетворенности пациента результатом лечения, что позволит врачу при необходимости скорректировать план лечения и снизить таким образом риск возникновения конфликтных ситуаций после его окончания.

Все это определило интерес к данной теме.

Целью нашего исследования стала оценка КЖ взрослых ортодонтических пациентов и разработка рекомендаций по повышению эффективности их лечения на основе полученных показателей.

Предмет исследования – качество жизни взрослых ортодонтических пациентов как критерий эффективности оказания им стоматологической помощи.

Изучение потребности взрослого населения в ортодонтическом лечении проведено на базе муниципальных и частных стоматологических клиник Волгограда (ретроспективное аналитическое исследование). В исследовании участвовали 500 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, обратившихся за стоматологической помощью.

Клиническое обследование пациентов с ортодонтической патологией включало в себя выявление жалоб, изучение анамнеза, оценку стоматологического статуса. Также были проведены функциональные, биометрические, рентгенологические методы обследования.

При помощи модифицированного нами специального опросника было проведено анкетирование 50 пациентов на различных этапах ортодонтического лечения и в ретенционном периоде. Параллельно было проведено анкетирование лиц той же возрастной группы, не имеющих ортодонтической патологии. Кроме того, проводился анализ медико-социального статуса ортодонтических пациентов, стоимости ортодонтического лечения и доступности ортодонтической помощи населению.

В ходе исследования было установлено:

1. Потребность в ортодонтическом лечении взрослого населения крупного промышленного города (на примере Волгограда) остается на сегодняшний день весьма высокой. 75% пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в клиники Волгограда, имели различные виды ортодонтической патологии (см. рис. 1).

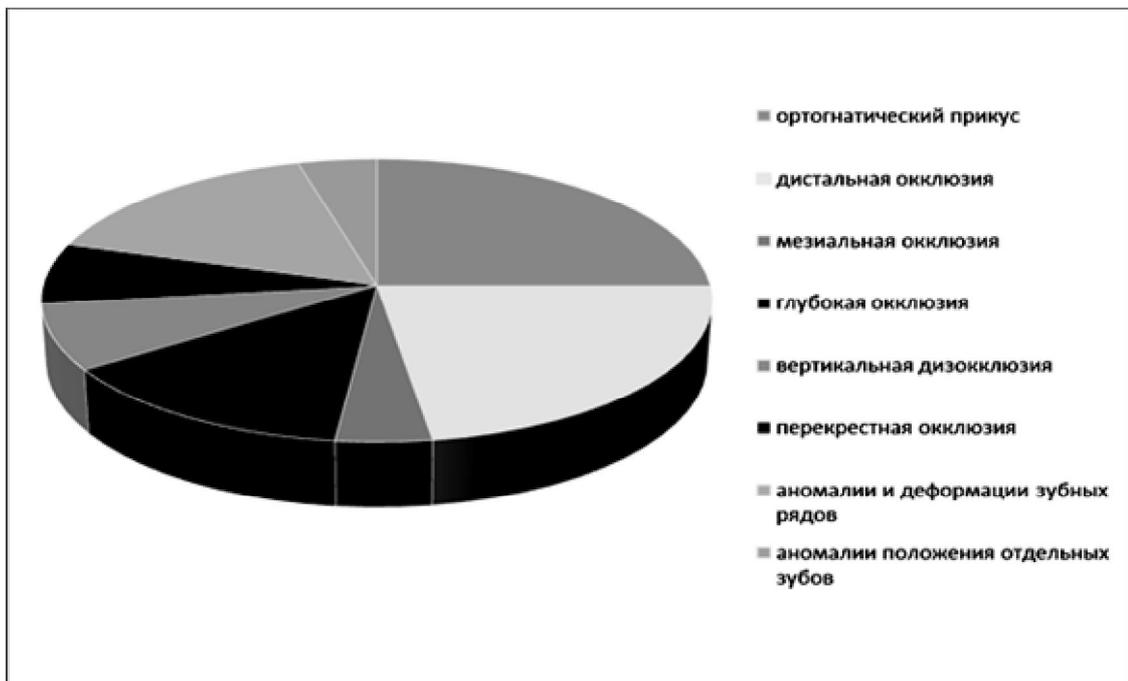


Рис. 1. Встречаемость ортодонтической патологии среди взрослого населения Волгограда.

2. На основании полученных данных разработан медико-социальный портрет взрослого пациента с ортодонтической патологией. Это женщина в возрасте 18-24 лет, не состоящая в браке. Имеет высшее образование, является сотрудником коммерческой структуры или госучреждения. Проживает в собственной квартире, оценивает уровень своего дохода как средний. Имеет ортодонтическую патологию, относящуюся к I классу по Энгля с высокой степенью нуждаемости в лечении. Часто имеет опыт ортодонтического лечения в прошлом.

3. Значительные негативные изменения КЖ больных с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы, а также высокая нуждаемость взрослого населения в ортодонтической помощи являются индикатором несовершенства практики здравоохранения. Они связаны с недостатками оказания ортодонтической помощи пациентам детского и подросткового возраста, экономическими затруднениями, не позволяющими производить оплату высокотехнологичных методов ортодонтического лечения из средств ОМС. Показано, что на сегодняшний день ортодонтическое лечение является дорогостоящей процедурой, мало доступной для определенных слоев населения.

4. Исследованы психологические аспекты мотивации взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями к ортодонтическому лечению. Его эстетический компонент в сознании большинства пациентов выходит на первый план, вне зависимости от выраженности функциональных нарушений. 72% пациентов назвали эстетические нарушения зубных рядов основной причиной обращения к ортодонту. Лишь у 16,2% пациентов мотивом для лечения стало наличие заболеваний ЗЧС, связанных с имеющейся аномалией окклюзии, еще 11,8% опрошенных обратились за ортодонтической помощью с целью подготовки к протезированию.

5. Зафиксировано, что наличие ортодонтической патологии значительно снижает КЖ субъекта, причем степень снижения показателей КЖ находится в зависимости от тяжести ортодонтической патологии. Происходит достоверное ухудшение физического состояния и жевательной функции, его психологического состояния, социального взаимодействия, самовосприятия эстетики лица и улыбки. Установлена корреляционная зависимость между показателями КЖ пациента и степенью тяжести ортодонтической патологии, возрастом, его полом. Проведенное ортодонтическое лечение улучшает КЖ пациента.

6. Установлено, что суммарные показатели КЖ начинают улучшаться уже через 1 месяц после фиксации брекет-системы, и к окончанию активной фазы лечения приближаются к таковым у ортодонтически здоровых лиц. После снятия брекет-системы (в ретенционном периоде) значения показателей КЖ продолжают повышаться, в нередко превосходя таковые у лиц из контрольной группы (см. рис. 2).

Таким образом, проведение ортодонтического лечения может быть рекомендовано не только с целью улучшения эстетики зубных рядов и с целью улучшения качества жизни лиц с ортодонтической патологией. Оценка КЖ ортодонтических пациентов целесообразно проводить как до начала лечения – с целью выявления основных жалоб пациента, а также лиц, нуждающихся в более внимательном отношении врача-ортодонта, так и на этапе его завершения – с целью оценки эффективности проведенного лечения. Основным критерием такой оценки рекомендуется принять повышение КЖ пациента после проведенного лечения, свидетельствующее об его успешности.

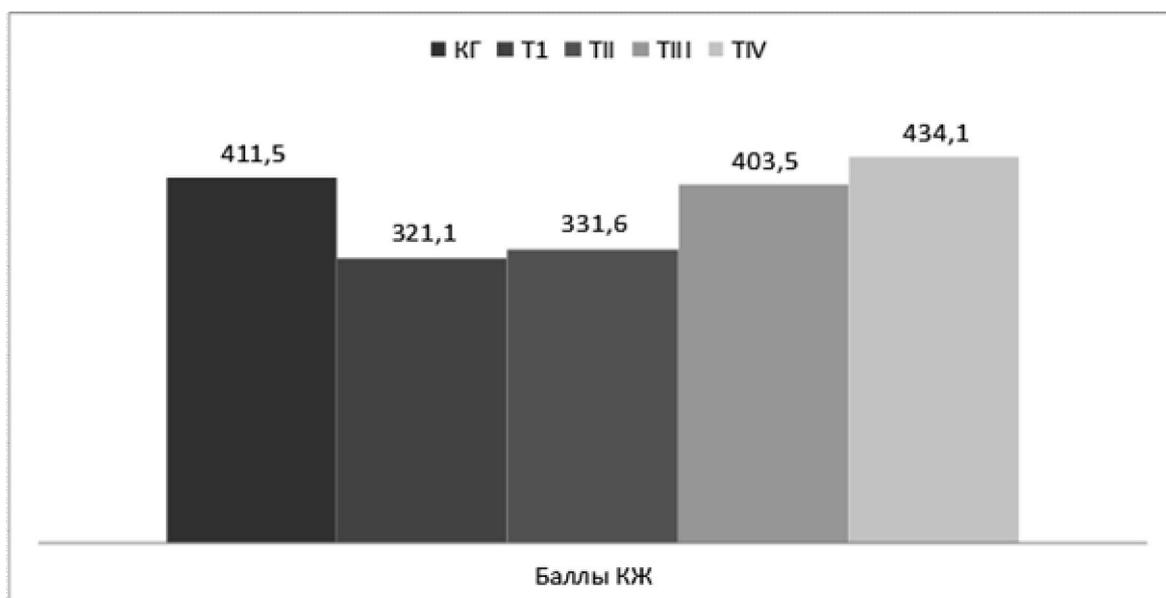


Рис. 2. Динамика показателей КЖ взрослых ортодонтических пациентов в ходе ортодонтического лечения. КГ – контрольная группа. T1 – тестирование перед началом ортодонтического лечения. TII – тестирование через месяц после фиксации брекет-системы. TIII – тестирование перед окончанием ортодонтического лечения. TIV – тестирование в ретенционном периоде.

Литература

1. Веденеева Е.В. Роль стоматологического лечения в улучшении качества жизни пациентов: дисс ... к.м.н. – М.: – 2010. – 137 с.
2. Рогова Н.В., Бутранова О.И. Методические рекомендации по внедрению и применению опросника для оценки качества жизни больных сахарным диабетом врачами-эндокринологами учреждений здравоохранения волгоградской области / под ред. акад. РАМН, д.м.н., проф. В.И. Петрова – Волгоград, 2007. – 31 с.
3. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.

Громова Е.В.

г. Саратов, Россия

Центр медико-социологических исследований,
ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный технический университет
имени Гагарина Ю.А.»

АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИОННОГО ПОТОКА ПО ТЕМЕ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ» В РАКУРСЕ ЭЛЕКТРОННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ

В современном обществе термин «паллиативная помощь» хорошо знаком во всем мире. Согласно определению, данному экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (2002), - «Паллиативная помощь – это подход, который, благодаря предупреждению и облегчению страданий, ранней диагностике, безупречной оценке и лечению боли и других физических, психологических и духовных проблем» [1].

Изучение этого направления на основе международных и российских научных публикаций, сформировало тему исследования - анализ публикационного потока по термину «паллиативная помощь». В качестве инструментария были взяты электронный ресурсы: международные базы данных (БД) PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), Scopus (www.scopus.com), Web of Science Core collectional и Medline (<http://www.isiknowledge.com>), РИНЦ (elibrary.ru). Хронологический охват – с первого упоминания данного термина в публикациях. В анализ включались все виды публикаций (статьи из периодических изданий, материалы и доклады конференций и т.д.). Поиск в БД проводился по следующим терминам: palliative care, palliative aid, palliative care services, hospice, medico-social rehabilitation, паллиативная помощь, хосписная помощь, хосписы, медико-социальная реабилитация.

Анализируя результаты поиска в БД PubMed, выявлено, что общее количество публикаций составило 12 548 источников, где вышеуказанные термины встречались в заглавие статей. Если рассматривать хронологию опубликованных статей, то первые единичные (точечные) работы приходятся

на 70-е годы прошлого столетия (1976 г. – 4 публикации, посвященные онкологическим больным). Динамика роста публикационного потока начинается с 2000 года. На сегодняшний день эта цифра составляет 1115 научных работ, публикуемых в год. Чаще всего публикации встречаются в журналах: «American Journal of Hospice and Palliative Medicine» (США), «Canadian Medical Association Journal» (Канада), «Journal Palliative Care» (Канада), «International journal of Palliative Nursing» (Великобритания), Australian Nursing Journal (Австралия).

Более подробные данные получены на основе содержания международной реферативной БД Scopus. Общее количество найденных документов составило 58155 источников. В списках пристатейной литературы по этой тематике было найдено 13 333 документа. Первые публикации датированы началом 30- годов и относятся к паллиативной медицине. В 1928 г. опубликована статья в журнале «American Journal of Obstetrics and Gynecology» [2], посвященной проблеме оказания паллиативной медицинской помощи в области гинекологии. Но, уже в последующих статьях, приходящимся на этот период встречается тема паллиативной помощи, рассматривающая режим ухода за больным, психологический подход к больному и возможность альтернативы медикаментозного облегчения страданий больного [3].

Общая картина публикационного потока в хронологии выглядит следующим образом:

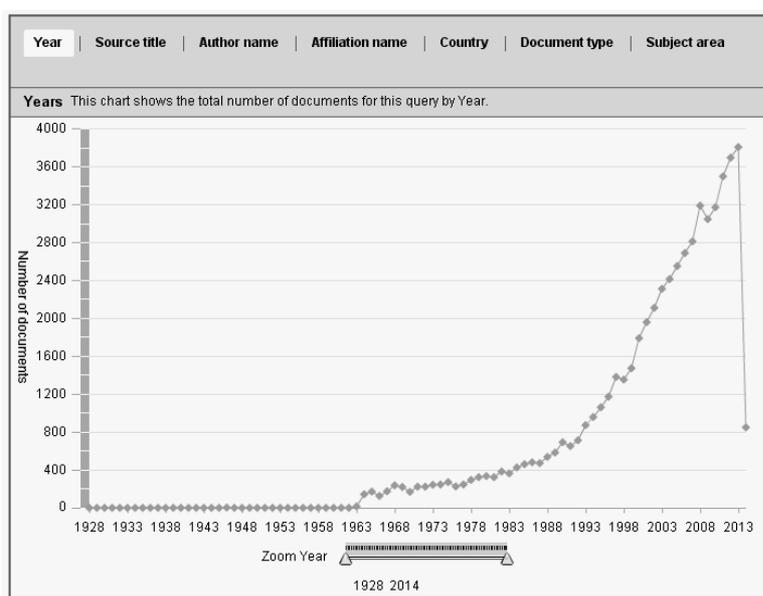


Рис. 1. Динамика роста публикационного потока по теме «паллиативная помощь» на основе данных БД SCOPUS на май 2014 г.

Анализ распределение публикаций по странам показал: США (14 266 статей), Великобритания (6 659 статей), Германия (3862 статьи), Канада (3057 статьи), Франция (2364 статьи), Австралия (2188 статей), Италия (1970 статей), Нидерланды (1516 статей), Япония (1440 статей), Испания (1336 статей). Россия представлена только лишь 62 статьями (с 1990 г.) и, касающиеся

большей частью паллиативной медицинской помощи онкологическим больным.

Использование опции «ограничения» результатов информационного поиска по предметной области Социальные науки позволило определить период первых публикаций, которые приходятся на конец 70-х начало 80-х годов прошлого столетия, а также самую цитируемую работу [4]. И самого цитируемого автора Bruoga Eduardo (Техасский университет, Онкологический центр, Отдел паллиативной помощи и медицинской реабилитации, Хьюстон, США) в этой области. Его индекс Хирша - 62.

Следует обратить внимание на источники публикаций – это в основном тематические специализированные журналы: «Journal of Palliative Medicine» (США), «Journal of Palliative Care» (Канада), «International journal of Palliative Nursing» (Великобритания), «American Journal of Hospice and Palliative Medicine» (США), «Medicina Paliativa» (Испания).

Данные, полученные на основе анализа БД Web of Science и Medline, подтверждают полученные результаты проведенного анализа. В отношении российских публикаций цифра почти не меняется и составляет 63, но указаны публикации с 2003 г., и, что следует выделить, это публикации в зарубежных изданиях. Малое присутствие российских публикаций в международных БД по теме «паллиативная помощь», не означает, что этому направлению не уделяется внимание в России. Присутствует общая тенденция – низкий процент вхождения российских журналов в эти БД.

Анализ российских публикаций, посвященных теме паллиативной помощи в БД РИНЦ затруднен, т.к. публикации индексируются в основном с 2005 года. Более ранние описания научных работ, извлекаются лишь из пристатейных списков, в которых могут быть искажены библиографические данные. Поэтому для полной картины исследования динамики развития вышеуказанного направления на основе российских публикаций с использованием только информационных ресурсов пока не представляется возможным и требует более тщательного подхода. Результаты поиска позволили установить ограниченное количество специализированных журналов («Паллиативная медицина и реабилитация», «Медицина и качество жизни»).

Проведенный анализ публикационного потока на основе электронных ресурсов по теме «паллиативная помощь» полностью подтверждает динамику развития этого направления, отраженную в содержании научных публикаций по этой теме [5, 6, 7, 8].

Литература:

1. World Population Prospects, the 2010 Revision: United Nations. Department of Economic and Social Affairs. URL: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
2. Kaplan I.I. Radiation therapy in gynecology // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 1928. – Vol.16 (6). – P. 855-860.
3. Saltzstein, H.C., Lauppe, E.H., Feldstein, M.Z. The care of advanced cancer exclusive of the relief of pain by drugs // The American Journal of Surgery. – 1940. – Vol. 48 (2). – P. 376-384.

4. Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P., Macmillan, K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients // Journal of palliative care. – 1991. – Vol. 7 (2). – P. 6-9.

5. Введенская Е.С. Паллиативная помощь - инновационное направление отечественного здравоохранения // Медицинский альманах. – 2012. – № 4. – С. 18-21.

6. Введенская Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2012. – № 2. – С. 55-58.

7. Кузнецов С.И., Буклешева М.С., Кашаева С.Г. Паллиативная медицинская помощь: современное состояние и перспективы развития в России // Управление качеством медицинской помощи. – 2012. – № 2. – С. 4-12

8. Хетагурова А.К. История и современные проблемы паллиативной помощи в России и за рубежом // Сестринское дело. – 2010. – N 7. – С. 3-7.

Щекин Г.Ю.

г. Волгоград, Россия

Волгоградский государственный медицинский университет

Турлак Т.А.

г. Витебск, Республика Беларусь

Витебский государственный технологический университет

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Пока специальных социологических исследований по проблеме медицинского туризма в нашей стране не проводилось, хотя имеется большой массив данных зарубежных маркетинговых агентств. Но они собраны для того, чтобы повышать доходность туристической индустрии [3], поэтому для целей нашего исследования использованы быть не могут. Поэтому мы постарались, применив известный в социологии метод контент-анализа, систематизировать имеющуюся информацию по развитию и перспективам медицинского туризма в России. Цель – эксплицировать медицинское содержание в предлагаемой социальной форме. Очевидно, что содержание – это избавление от недуга, форма – туристическая деятельность.

Поскольку дефицит научных исследований в области медицинского туризма очевиден, мы анализировали специальную литературу и Интернет-сообщения (кроме рекламных и форумов). Первым источником стал журнал «Medical & Health Tourism Magazine» - единственное издание в России и странах СНГ о достижениях мировой медицины, о ведущих клиниках и известных врачах, содержащий, хотя и в популярной форме, анализ систем здравоохранения и систем обязательного страхования в различных странах, обзор лечебно-оздоровительных курортов и отелей, имеющих специальные

лечебные программы. В журнале публикуются статьи о медицинских и оздоровительных программах в мире, об уровне стоимости лечения в различных странах, анализ роста въездного и выездного пациентопотоков в различных регионах, оценка причин выбора пациентами определенных стран и клиник. Это издание, по заявлению его авторов [1], ориентировано на целевой сегмент российского рынка медицинского и оздоровительного туризма – крупнейшие клиники и ведущих врачей России, страховые и медицинские компании, туристических операторов и региональные агентства, которые работают в сфере медицинского и лечебного туризма. Судя по отчетливому рекламному тренду, журнал предназначен и на потребителей услуг медицинского туризма (МТ).

Рекламный характер издания не вызывает сомнений, что мешает воспринимать всю информацию, содержащуюся в нем как достоверную. Но от популярного издания и нельзя требовать научной достоверности. Беспокоит другое – всего 3% информационных материалов об услугах МТ посвящено отечественным услугодателям. В основном, понятие «российские пациенты» и «белорусские пациенты» употребляется как тождественное понятию «пациенты из России и Белоруссии». Это означает одно – неразвитость медицинского туризма в союзном государстве. Нет предложений – не о чем писать.

Поскольку низкая информативность результатов контент-анализа материалов целевого издания не позволяла сделать определенных выводов, кроме вывода о популярности у наших соотечественников медицинских туров в Германию и Израиль, а также растущей популярности подобных туров в Таиланд, Корею, Швейцарию и Турцию¹, мы обратились к материалам профессиональных сайтов – как медицинских, так и туристических². Единица анализа – веб-страница, ключевые слова – те же, что и при анализе материалов «Medical & Health Tourism Magazine», доступ – 30-е число каждого месяца, период просмотра страниц – 1 год (с 30.08.2012 по 30.08.2013). Получены ответы по следующим позициям.

¹ В такой последовательности распределились страны по индексу популярности потребителей услуг медицинского туризма в информационных материалах, представленных в журнале.

² Основная информация для анализа взята с сайтов:

http://mn.ru/society_med/20130213/337426464.html,

<http://www.km.ru/>,

<http://www.treatment-abroad.ru/tourism/mednews/16586,16422>

https://www.facebook.com/ConferenceMedicalTurism?hc_location=timeline,

<http://old.restec.ru/exhibitions/featured/medicaltourism/press.ru.html>

<http://euromednews.ru/2010/12/medicinskij-turizm-v-rossii-stanovitsya-vse-bole-populyarnym/>

<http://www.komy-za30.ru/health/medicinskij-turizm-v-rossii>

<http://rusotourism.ru/?p=1301>

http://www.treatment-abroad.ru/tourism/russia_globalmedicaltourism/

<http://ru.wikipedia.org/wiki/>

<http://www.medical-excellence-japan.org/ru/mej/greeting.html>

<http://tury-iz-volgograda.ru/stati-o-turizme/chto-takoe-meditsinskij-turizm.html>

<http://medvoyage.info/medtourism/about/>

<http://www.mirpharma.ru/2011/11/>

№	Вопрос	Ответ	≈ % распределения позиций
1	Страны с наибольшим числом потребителей услуг МТ	А) Жители экономически развитых стран, где медицинские услуги оказываются на высшем уровне, но стоят дорого (США, Канада и Великобритания) Б) Жители развивающихся стран с низким уровнем развития медицины (Узбекистан, Киргизии, другие страны СНГ)	56 44
2	Основные направления МТ	А) Германия, Израиль, Австрия, Швейцария – развитая медицина Б) Индия, Турция, Сингапур, Таиланд – развитая туриндустрия	61 39
3	Россия и Белоруссия как направление МТ	Этот сегмент в России в настоящее время не существует.	-
4	Причины низкого спроса на услуги МТ у российских граждан	А) Возможность выехать на лечение за рубеж появилась около 15 лет назад, 3-4 года назад начал формироваться МТ как вид туризма Б) Недостаточный уровень благосостояния для пользования услугами МТ В) Неразвитая инфраструктура МТ	17 44 39
5	Организация МТ в России и Белоруссии	А) Как сегмент туристического рынка МТ не лицензирован Б) Услуги МТ оказывают некоторые туристические компании В) Защита российских граждан от некачественного оказания медицинских услуг за рубежом юридически не закреплена	20 42 38
6	Обязательно ли участие посредников в организации МТ	Обязательно (это официальная позиция зарубежных клиник)	-
7	МТ – структура услуги	А) Квалифицированная консультация (агентство МТ, клиника российская, клиника зарубежная- on-line) Б) Постановка диагноза (российская клиника) В) Заказ тура (посредник в России и/или посредник за рубежом) Г) Подтверждение/опровержение диагноза (зарубежная клиника) Д) Лечение	-
8	Стоимость лечения	Коррелируется с правильным/неправильным диагнозом	-
9	Разрешение культурно-языкового конфликта	А) Наличие специального персонала для работы с иностранными пациентами в клинике (включая переводчика) Б) Индивидуальное сопровождение (социальный работник, менеджер) В) Дистанционный контроль реабилитации	78 14 8
10	Статус клиники	Наличие аккредитации и международного сертификата, подтверждающие качество предоставляемых ими услуг	0
11	Востребованность за рубежом услуг российской медицины	А) Россия входит в список стран, предоставляющих медицинские услуги иностранцам Б) В России есть медицинские центры, оказывающие услуги иностранцам В) В России нет менеджмент-системы оказания услуг МТ иностранцам Г) В плане оказания услуг МТ Россия популярна у жителей стран СНГ	14 28 26 30
12	Задачи создания системы МТ в России	А) Перевести организацию направления туристов по программам МТ полностью на онлайн-технологии Б) Заменить существующую финансовую модель МТ более выгодной экономически В) Юридически закрепить ответственность за ведение пациента между российской и зарубежной стороной.	10 18 72

13	Конкретные механизмы развития МТ в России и Белоруссии	А) Приведение существующих в союзном государстве медицинских центров в соответствие с международными стандартами оказания медицинских услуг иностранным гражданам Б) Введение ДМС в сфере МТ. В) Создание профессиональной ассоциации медицинского туризма в союзном государстве	32 58 10
14	Причины, по которым необходимо развивать МТ в России и Белоруссии	А) Расширение рынка медицинских услуг для граждан России Б) Стимул для развития отечественного здравоохранения целом, как это происходит в других странах. Согласитесь, что России и Белоруссии это не мешает	71 29

Содержательная интерпретация контент-анализа указанных сайтов позволяет сделать следующие выводы.

1. Наши граждане едут лечиться за рубеж а) когда их не удовлетворяет качество оказания медицинской помощи в своей стране и б) когда методика лечения их заболеваний в собственном государстве не применяется (проведение сложных операций и необходимость лечения тяжелых или редких, орфанных заболеваний)

2. Чаще всего за рубежом нашими соотечественниками бывают востребованы услуги в лечении онкологических, кардиологических и ортопедических заболеваний, в тех случаях, когда требуется сложная операция на сердце, суставах или пересадка костного мозга.

3. Чаще всего за медицинскими услугами наши сограждане обращаются в Германию и Израиль. В последнее время рост популярности в этом сегменте медицинских услуг наблюдается у Турции, Таиланда и Сингапура в связи с более низкими ценами на лечение и проживание. Но в этих странах, как, впрочем, и Болгарии, Польше, наших соотечественников интересуют, в основном, стоматологические услуги, пластическая и эстетическая хирургия, оздоровительные процедуры [2].

4. Существующие у нас туристические компании, которые специализируются на предоставлении услуг МТ, берут на себя организацию и полное сопровождение клиента на все время поездки. Поскольку у нас услуги МТ не лицензированы, многие из этих компаний созданы зарубежными клиниками, которые заинтересованы в пациентах из других стран (Израиль, Германия, Турция, Швейцария).

5. Компания, которая отправляет пациента за рубеж, не отвечает за результат лечения, поскольку договор заключается непосредственно с клиникой. Кроме того, клиника может искусственно затянуть пребывание пациента с целью получения дохода. Поскольку вред здоровью в таких случаях не наносится (скорее, наоборот), добиться каких-то санкций и возвращения денег нельзя.

6. Объективно в России и Белоруссии можно получить медицинские услуги того же качества, что и за рубежом, но их рынок не систематизирован, количество ограничено, они презентуются стихийно и не могут конкурировать со сформированной маркетинговой политикой зарубежных клиник, специализирующихся на МТ.

Литература

1. Medical & Health Tourism Magazine// http://issuu.com/mhtm/docs/medical_health_tourism_magazine_mart2013small/99
2. Щекин Г.Ю. Медицина и туризм. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. 2013. – Глава 4.
3. Щекин Г.Ю., Турлак Т.А. Этика лечебного туризма // Биоэтика. – 2011. – №2. – С. 34-36.

Бударин Г.Ю.

г. Москва, Россия

Редакция журнала «Социальное и пенсионное право»

РОЛЬ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ В ИНТЕГРАЦИИ НОРМАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Проблема комплементарности клинических, этических и юридических норм в медицине тесно связана с проблемой прав человека, она является в современном обществе одной из самых сложных и болезненных. С одной стороны, каждый человек имеет права и свободы уже потому, что он – человек. Но тогда от кого надо их защищать? Какие это права и являются ли они едиными для всех? Дело усугубляется тем, что представления о правах и свободах, раз выработанные, не остаются неизменными. Каждая новая историческая эпоха изменяет социальные параметры прав и свобод отдельной личности. Это зависит, как известно, от того, с какими технологическими средствами связан человек, какая форма собственности является ведущей в обществе, каково политическое обеспечение социального развития и т.п. Очевидно, что и в разных сферах общественных отношений значение проблемы прав человека не одинаково. Особую остроту она приобретает там, где непосредственно решаются вопросы жизни и смерти, здоровья и болезни. Именно в медицине как нигде отчетливо видна любая несправедливость, равнодушие, унижение человеческого достоинства. Если человек обладает известными естественными правами, данными ему от рождения только потому, что он – человек, то пациент обладает особыми правами, потому что он – человек страдающий, ограниченный в своей свободе болезнью, а потому нуждающийся в большем внимании и сочувствии.

Медицинские нормы, под которыми мы понимаем складывавшиеся веками, но динамичные паттерны клинического, этического, психологического и т.п. поведения, составляют принципы обособления данной профессиональной группы, отличие ее от других социальных групп. С другой стороны, положение данной группы в обществе само это общество определяет путем правовых разрешений и/или запретов. Поэтому медицинские нормы и юридические законы могут не просто не совпадать, но и входить в противоречие [1]. Разрешение таких противоречий возможно и необходимо на основе глубокого и всестороннего понимания сущности самой концепции прав человека, ее

гуманистического смысла. Поэтому в социологии медицины необходимо рассматривать не только социальные факторы становления медицинских норм и правил в России, но и основные положения концепции прав человека. Важной социальной проблемой является то, как именно права пациента отражены в российском законодательстве, какие существуют этические регуляторы их соблюдения. Необходимо сосредоточить внимание на тех проблемах, которые недостаточно описаны законодательством, в решении которых возникают конфликты между правом и моралью, которые являются новыми для отечественной медицины, а потому пока не осмыслены в терминах концепции прав человека. К сожалению, самым неразработанным, как в законодательном, так и в научном отношении, является вопрос об охране прав самих медицинских работников.

Современная медицина – это сложившийся социальный институт, занимающий особое место в обществе и связанный со всеми другими социальными институтами общества. При этом складывается противоречивая ситуация, когда основные – профессиональные – регуляторы медицинской деятельности могут вступить в конфликт с регуляторами социальными. Спасение жизни и сохранение здоровья могут быть обеспечены, с точки зрения общества, только санкционированными данным обществом способами. Но медицина развивается и в соответствии с собственными внутренними законами. Зачастую новые медицинские достижения не получают социального одобрения в силу консервативности законов юридических, которые отстают от успехов медицинской науки. В такой ситуации разрешением противоречия становится этическая регуляция.

Но существуют и другие причины возможных межинституциональных конфликтов для медицины. Так, законодательно определен статус пациента как объекта правовой и этической защиты в медицине, но субъектом защиты своих прав пациенты пока так и не стали. Более того, такая их роль ставится под сомнение профессионалами-медиками, настаивающими на неизменности «терапевтической привилегии». Действительно, компетентность пациента в клинических вопросах всегда будет ограничена отсутствием у него специального медицинского образования, а это сужает возможность защиты им своих прав в отношениях с медицинскими работниками.

Нормативный статус врача также неоднозначен. Его деятельность регулируется тремя социальными институтами: медициной, моралью и правом. В случае доминанты профессиональной регуляции, возникают социальные риски расширения властного ресурса медицины и превращения ее в форму социального контроля. Если же превалирует правовая регуляция, врачи могут быть ограничены в применении всех своих знаний и возможностей, равно как и в скорости оказания медицинской помощи. Кроме того, существует тенденция юридикации профессиональных случаев – любая ошибка врача оценивается в обществе как проступок или преступление, что снижает престиж профессии, формирует негативное отношение населения к медицинским работникам и превращает их в незащищенную группу.

Парадокс состоит в том, что, обладая, в силу своих профессиональных знаний и навыков, безусловной возможностью осуществления социального контроля, врачи – в силу тех же профессиональных знаний и принципов – не только никогда не воспользуются этим, но и не могут позволить себе активно отстаивать престиж профессии, не нанося вреда пациентам. Очевидно, что нужна социальная сбалансированность всех видов регуляции медицинской деятельности. Разработать ее принципы можно на основе применения теоретических положений и конкретных методов социологии медицины, в поле которой реализуется интегративный подход к исследованиям межинституциональных отношений медицины. На основании медико-социологического подхода можно предложить некоторые практические рекомендации по согласованию медицинских, этических и юридических норм медицинской деятельности.

Первое. Поскольку необоснованные медицинские вмешательства провоцируют социальные риски – возрастание зависимости пациентов от врачей – необходима этическая экспертиза Стандартов оказания медицинской помощи, которые в настоящее время находятся в стадии разработки, а также создание сети больничных этических комитетов, которые проводили бы экспертизу случаев необоснованных вмешательств [2]. Это, в свою очередь, требует разработки Министерством здравоохранения России специального Положения об этическом комитете медицинской организации. Риск повышения властного ресурса медицины увеличивается в ситуации социальной незащищенности врачей. Государство должно оптимизировать свои функции в сфере правовой и экономической политики в здравоохранении. Необходима разработка социологического мониторинга нововведений в оплате труда с позиций повышения социальной защищенности врачей.

Второе. Многие недостатки социальной организации нормативного обеспечения медицинской деятельности, как показало наше исследование, связаны с ее дискретностью. Несогласованности, а, порой, и разнонаправленности клинических стандартов, этических норм и законодательных актов можно избежать, если аккумулировать данные о состоянии нормативной регуляции медицинской деятельности на основе регулярного социологического мониторинга. Для этого необходимо создать социологическое подразделение в Министерстве здравоохранения России и открыть штатные должности социологов медицины в региональных органах здравоохранения.

Третье. Для создания рационально обоснованной системы нормативной регуляции медицинской деятельности необходимы квалифицированные кадры. Поэтому социально оправданным представляется открытие в системе додипломного образования в высшей медицинской школе специальности «Медицинское право» с присвоением выпускникам квалификации «Врач-юрист». Кроме того, полезно было бы разработать и внедрить модель непрерывного этико-правового образования для студентов медицинских вузов с 1 по 5-6 курсы и системы последипломного образования.

И последнее. Уже много лет ведется разработка федерального закона о страховании профессиональной ответственности врачей. Целесообразно завершить этот процесс принятием данного закона, поскольку без него система защиты прав пациентов, равно как и гарантии прав врачей работать не могут.

1. Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы. М.: ООО Издательская группа «Юрист». – 2012. – 324 с.
2. Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали... // Биоэтика. – 2009. – №1. – С.37-43.

Шеметова Г.Н., Рябошапко А.И., Неевина И.Е.

Россия, г. Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

РОЛЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ключевым направлением модернизации отечественного здравоохранения является восстановление приоритетного значения профилактики заболеваний, реализация программ по укреплению здоровья граждан. Реализация популяционной стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) возможна только на межведомственной основе, путем межсекторального взаимодействия целого ряда министерств, законодательных и общественных структур, медицинских и образовательных организаций, средств массовой информации, главная задача которых заключается в обеспечении условий для ведения здорового образа жизни.

В успешном решении насущной проблемы профилактики основных неинфекционных заболеваний первостепенное значение придается этапу первичной медико-санитарной помощи [3, 9]. При этом особая роль отводится отделениям профилактики поликлиник и центрам здоровья [1, 103; 2, 73]. Их деятельность регламентирована приказами Министерства здравоохранения РФ № 455 от 23.01.2003 г. и № 597н от 19.08.2009 г. [4, 5].

Важнейшими задачами центров здоровья являются:

- комплексное медицинское обследование пациентов с оценкой уровня психофизиологического и соматического здоровья, направленное раннюю диагностику ХНИЗ, идентификацию факторов риска с последующей своевременной их коррекцией;

- обучение населения ведению здорового образа жизни, принципам ответственного отношения к своему здоровью, мотивирование к отказу от вредных привычек, в том числе путем группового обучения в школах здоровья и индивидуального профилактического консультирования;

- оказание помощи в отказе от потребления алкоголя, табака, в снижении избыточной массы тела, организации рационального питания, коррекции нарушений липидного обмена, оптимизации физической активности;

- динамическое наблюдение за пациентами группы высокого риска развития ХНИЗ;

- осуществление межсекторного взаимодействия с медицинскими организациями, Роспотребнадзором, Росздравнадзором, иными организациями по вопросам формирования здорового образа жизни, организации и проведения медицинской профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

Нами проанализированы основные аспекты профилактической деятельности Центров здоровья Саратовской области.

В Саратовской области с 2010 года работают 9 центров здоровья для взрослого населения в городах Саратов, Балаково, Балашов, Вольск, Энгельс, 3 центра здоровья для детей на базе детских поликлиник: в Саратове, Энгельсе, Балаково, а также 2 мобильных центра. Медицинское обследование в центрах здоровья проводится бесплатно, на основании полиса ОМС.

Тестирование на аппаратно-программном комплексе, входящем в оснащение Центров здоровья, позволяет обнаружить первые симптомы возможных заболеваний. Если болезнь еще не проявилась, значит, есть шанс ее предотвратить, изменив образ жизни. Врач оценивает факторы риска, функциональные и адаптивные резервы организма с учетом возрастных особенностей, делает прогноз состояния здоровья, проводит беседу и составляет индивидуальную программу по здоровому образу жизни. При необходимости врач рекомендует гражданину динамическое наблюдение в центре здоровья с проведением повторных исследований в соответствии с выявленными факторами риска, посещение занятий в соответствующих школах здоровья и лечебно-физкультурных кабинетах. Комплексное обследование граждан проводится 1 раз в год. Если в процессе обследования выявляется подозрение на какое-либо заболевание, врач центра рекомендует гражданину обратиться к соответствующему врачу-специалисту для определения дальнейшей тактики наблюдения и лечения. Каждому посетителю центра здоровья по итогам комплексного обследования выдается «Паспорт здоровья» и составляется индивидуальная «Карта здорового образа жизни».

Во всех Центрах здоровья используются компьютерные технологии: учреждения оснащены необходимым количеством компьютеров и ноутбуков, существует локальная сеть, Интернет, на каждого пациента заполняется электронный паспорт здоровья.

Ежегодно в центрах здоровья для взрослых проходят обследование более 150 тысяч человек. В большинстве случаев (около 80% обследованных) выявлены факторы риска (по Российской Федерации – 66,0%). Из факторов риска преобладают: стресс, нерациональное питание, курение, гиподинамия. При необходимости пациенты направляются на дополнительное обследование к профильным специалистам: терапевту, пульмонологу, кардиологу, эндокринологу, гастроэнтерологу. Нуждающиеся направляются и обучаются в школах здоровья.

В центрах здоровья для детей ежегодно проводится комплексное обследование около 40000 детей и подростков. Было отмечено, что функциональные расстройства выявлены в 79%. Направлено к врачам специалистам поликлиник для дальнейшего обследования 32,3% прошедших осмотр.

С 2011 года в центрах здоровья для взрослых работают офтальмологические кабинеты, где проводятся следующие виды исследований: рефрактометрия, исследование бинокулярного зрения, тонометрия. Работают кабинеты лечебной физкультуры.

В Центрах организованы школы здоровья по формированию здорового образа жизни, а также тематические школы здоровья по профилактике артериальной гипертензии («секрет здорового сердца»), «твое здоровье – в твоих руках», бронхиальной астмы, сахарного диабета, «питаемся правильно», заболеваний суставов и позвоночника («движение – это жизнь»), «умей управлять эмоциями».

С 2010 года на базе одной из поликлиник кафедры поликлинической терапии СГМУ - МУЗ городская поликлиника № 7, в настоящее время входящая в состав 2 городской больницы - работает Центр здоровья. Студенты, обучающиеся на кафедре, а также интерны и ординаторы имеют возможность знакомиться с работой центра, а также пройти в нем обследование. Центр оснащен аппаратным программным комплексом для тестирования и инструментально-лабораторного обследования. Это позволяет проводить комплексное измерение параметров физического развития, пульсоксиметрию, спирометрию, компьютеризированное комплексное исследование сердца и сосудов, показателей липидного и углеводного обменов. При необходимости проводятся консультации специалистов различного профиля. Ежегодно в Центре здоровья проходят обследование более 12000 человек. Лица трудоспособного возраста составляют в среднем 80%. Центр здоровья осуществляет взаимодействие с лечебными учреждениями и различными организациями по формированию потоков пациентов и соблюдении преемственности в вопросах профилактики.

Отмечено, что у большинства обследованных (около 60%) выявлено наличие различных факторов риска (артериальная гипертензия, курение, избыточная масса тела, нерациональное питание, нарушения липидного и углеводного обмена). Часто наблюдалось сочетание функциональных нарушений по нескольким системам организма. Все обратившиеся пациенты получили индивидуальные консультации по здоровому образу жизни. С 2010 года в поликлинике функционирует школа здорового образа жизни. Так, в 2013 году 25% обследованных лиц в Центре здоровья с выявленными факторами риска посетили школу здоровья. Тематика проведенных лекций и бесед охватывает широкий спектр проблем, связанный с формированием здорового образа жизни. При необходимости пациенты направляются на обучение в тематические школы по профилактике артериальной гипертензии, сахарного диабета.

В реализации профилактических программ основная роль принадлежит медицинским учреждениям и очень важной представляется подготовка специалистов центров здоровья, способных обеспечить консультации населения по вопросам медицинской профилактики. С 2013 года на кафедре поликлинической терапии СГМУ проводятся циклы тематического усовершенствования врачей по медицинской профилактике и формированию здорового образа жизни, позволяющие повысить качество организации и оказания медико-профилактической помощи населению.

Выводы.

1. Центры здоровья являются новым очень важным звеном медицинской профилактики, позволяющим своевременно выявлять факторы риска ХНИЗ у большого числа обследованных лиц.

2. Полученная в процессе обследования в Центре здоровья объективная оценка состояния здоровья служит основой для мотивации пациента к формированию навыков здорового образа жизни и выполнению конкретных профилактических мероприятий.

3. Работа Центров здоровья должна проводиться в тесном контакте с отделениями профилактики, различными медицинскими, образовательными и другими учреждениями и средствами массовой информации.

4. Большая роль в организации постоянного повышения квалификации работников центров здоровья (создание методических пособий по профилактике, проведение тематических курсов усовершенствования) принадлежит кафедрам амбулаторно-поликлинической помощи медицинских Вузов.

Литература

1. Авдеева М.В., Щеглова Л.В. Роль Центров здоровья в выявлении вредных для здоровья факторов риска и формировании здорового образа жизни // Медицинский академический журнал, 2011. – Т.11, – № 4. – С. 103-109.

2. Лядов К.В., Преображенская В.Н., Беганова Т.В. Новые направления работы Центров здоровья в Российской Федерации // Клиническая медицина, 2010. – № 6. – С. 73 – 74.

3. Организация профилактической работы с населением: учебное пособие: Шеметова Г.Н., Балашова М.Н., Рябошапка А.И. и др. / под ред. Г.Н. Шеметовой, изд-во СГМУ, 2014. – 294 с.

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 455 от 23.09. 2003 г. «О совершенствовании деятельности органов и учреждений по профилактике заболеваний в Российской Федерации».

5. Приказ Минздравсоцразвития России № 597 от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Барсуков В.Ю., Понукалина Е.В., Чеснокова Н.П., Селезнева Т.Д.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ – ОСНОВА УСПЕХОВ ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Одним из приоритетных направлений отечественной и зарубежной медицины является решение проблем злокачественных заболеваний, в частности, совершенствования методов диагностики онкологического процесса в динамике опухолевой прогрессии, характеризующейся развитием комплекса неспецифических проявлений патологии. В ряде случаев особенно на ранней стадии пациенты с онкологическими заболеваниями зачастую обращаются к врачам-терапевтам или хирургам общего профиля, или представителям нетрадиционной медицины, упуская время для срочного специализированного лечения у врача-онколога. Далеко не всегда удается диагностировать онкологические заболевания даже на метастатических стадиях опухолевого процесса, когда отдаленные метастазы клинически не манифестируют. В настоящее время достигнуты большие успехи в решении проблем онкогенетики, установившей молекулярно-клеточные механизмы малигнизации клеток, а также развития последующих стадий канцерогенеза – промоции и опухолевой прогрессии [1, 2, 4].

В соответствии с достижениями этого направления исследования очевидно, что в геноме здорового человека имеется более 100 зарепрессированных протоонкогенов, детерминирующих образование разнообразных факторов роста и пролиферации клеток различной морфофункциональной организации. Экспрессия протоонкогенов возможна под влиянием разнообразных канцерогенов физической, химической, биологической природы, приводящих к синтезу ядерных, цитоплазматических мембранных онкобелков, дедифференцировке клеток и соответственно формированию их структурного, метаболического, функционального атипизма, то есть к малигнизации клеток [1].

Однако малигнизация клеток еще не означает формирования опухолевого процесса и, тем более, онкологического заболевания. В организме человека в процессе эволюции сформировались антиканцерогенные и антицеллюлярные механизмы защиты направленные на репарацию регенерацию мутированной ДНК или на элиминацию малигнизированных клеток [4, 5].

Важнейшие механизмы элиминации малигнизированных клеток включают участие моноцитарно-макрофагальной системы клеток, процесса антителозависимого цитолиза НК-клеток, разрушение опухолевых клеток за счет комплемент-зависимого цитолиза, гуморальных антител цитотоксических лимфоцитов, цитокинов и других механизмов защиты [3].

В случае недостаточности указанных механизмов элиминации опухолевых клеток стадия онкогенной трансформации сменяется стадиями промоции и опухолевой прогрессии, то есть развивается онкологическое

заболевание. Ведущими факторами нарушения процессов элиминации опухолевых клеток и/или интенсивной их пролиферации являются сдвиги гормонального баланса, недостаточность специфических механизмов резистентности, а также специфических иммунологических механизмов.

До настоящего момента в отечественной и зарубежной литературе отсутствовали систематизированные сведения о характере и механизмах развития метаболических и функциональных паранеопластических расстройствах закономерно сопутствующих канцерогенезу независимо от локализации неоплазии.

Вышеуказанные проблемы патогенеза онкологических заболеваний определяют целесообразность интеграции различных направлений медицинской науки в решении проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения онкологических заболеваний. На протяжении последних десятилетий сотрудниками ряда кафедр Саратовского государственного медицинского университета (хирургии и онкологии ФПК ППС, патологической физиологии и физиологии человека) проводятся комплексные клиничко-лабораторные исследования по изучению механизмов системного действия неоплазии различной локализации (рак молочной железы, рак щитовидной железы, аденокарциномы восходящего отдела толстого кишечника, полинеоплазии) на организм. Выявлены общие закономерности и особенности нарушений гормонального баланса, иммунного статуса и цитокинового профиля крови, а также системных метаболических расстройств на ранних и метастатических стадиях опухолевого процесса.

Так установлено, что ведущими патогенетическими факторами дестабилизации клеточных мембран, нарушения межклеточного взаимодействия и развития метастазирования опухолевых клеток при различных клинических формах рака молочной железы (РМЖ) являются локальная в зоне неоплазии и системная активация процессов липопероксидации, развитие синдромов цитолиза, аутоинтоксикации, усугубляющиеся по мере метастазирования опухоли при узловой форме РМЖ и достигающие максимума при отечно-инфильтративной форме патологии [3, 6].

Также выявлено, что уже на начальных стадиях РМЖ (T1-2N0M0), вне зависимости от возраста пациенток, имело место изменение гормонального фона в виде снижения содержания эстриола, в то время как увеличение уровня эстрадиола отмечено лишь в крови пациенток климактерического и постменопаузального возрастных периодов. Развитие метастазирования неоплазии закономерно сочетается с увеличением в крови уровня эстрадиола – высокоактивной фракции эстрогенов на фоне снижения эстриола и прогестерона в различных возрастных группах пациенток [3, 6].

Закономерными сдвигами иммунного, цитокинового статуса и неспецифических механизмов резистентности при различных формах РМЖ являются иммуносупрессия по В- и Т-системам лимфоцитов, НК-лимфоцитам, которая усугубляется по мере метастазирования опухоли при узловой форме РМЖ и максимально выражена при отечно-инфильтративной форме заболевания. Уже на начальных стадиях РМЖ (T1-2N0M0) у пациенток

возникают выраженные изменения цитокинового профиля крови в виде увеличения содержания провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-8, TNF- α) и противовоспалительного цитокина (IL-10), а в метастатических стадиях РМЖ - увеличение содержания в крови IL-6, сочетающееся с прогрессирующим возрастанием уровня IL-1 и стабильно высоким содержанием таких цитокинов, как IL-8, IL-10, TNF- α [3].

Ведущими патогенетическими факторами развития паранеопластических расстройств при фолликулярной и папиллярной формах рака щитовидной железы (РЩЖ) также являются аутоинтоксикация, системная активация процессов свободнорадикальной дестабилизации биомембран клеток различной морфофункциональной организации, на что указывает прогрессирующее по мере распространения неоплазии увеличение содержания в крови промежуточных продуктов липопероксидации: малонового диальдегида и диеновых конъюгатов, а также молекул средних масс. Дезорганизация липидных компонентов мембран клеток обусловлена недостаточностью ферментного и неферментного звеньев антиоксидантной системы крови, снижением активности супероксиддисмутазы и содержания витамина Е в крови [6].

Полученные результаты, не только значительно расширили современные представления о патогенезе онкологических заболеваний, но и легли в основу разработки новых, патогенетически обоснованных принципов клинико-лабораторной диагностики неоплазий различной локализации и прогнозирования их течения. Многолетние совместные научные исследования клиницистов-онкологов и патофизиологов отражены в ряде фундаментальных монографий сотрудников Саратовского государственного медицинского университета «Канцерогенез: патофизиологические и клинические аспекты, 2011», «Современная онкология: проблемы и возможности их решения, 2012», «Рак молочной железы: патофизиологические и клинические аспекты, 2008».

Литература

1. Бережная Н.М., Чехун В.Ф. Иммунология злокачественного роста // Киев: Наук думка. – 2005. – 792 с.
2. Берштейн Л.М. Гормональный канцерогенез. – Спб.: Наука, 2000. – 199 с.
3. Канцерогенез: патофизиологические и клинические аспекты / Под общей ред. В.М. Попкова, Н.П. Чесноковой, В.Ю. Барсукова. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2011. – 600 с.
4. Копнин Б.П. Мишени действия онкогенов и опухолевых супрессоров: ключ к пониманию базовых механизмов канцерогенеза // Биохимия. – 2002. – Т 65. – С. 5-33.
5. Лихтенштейн А.В., Шапот В.С. Опухолевый рост: ткани, клетки, молекулы // Патологическая физиология. – 1998. – №3. – С. 25-44.
6. Современная онкология: проблемы и возможности их решения / Под общей ред. В.М. Попкова, Н.П. Чесноковой, В.Ю. Барсукова. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2012. – 431 с.

Белова О.Л., Белова И.М.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СО СТУДЕНТАМИ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Педагогическое общение - специфическая форма общения, имеющая свои особенности, и в то же время подчиняющаяся общим психологическим закономерностям, присущим общению как форме взаимодействия человека с другими людьми, включающей коммуникативный, интерактивный и перцептивный компоненты; совокупность средств и методов, обеспечивающих реализацию целей и задач воспитания и обучения и определяющих характер взаимодействия педагога и учащихся [1] **Педагогическое взаимодействие** - процесс творческий независимо от того, какой аспект общения имеется в виду: решение учебно-воспитательных задач или организация взаимоотношений. Творческий характер носит и решение педагогических задач, и процесс воплощения этого решения в общении со студентами [4].

Этапы педагогического общения включают:

1. Прогностический этап: моделирование педагогом общения с группой, потоком в процессе подготовки к педагогической деятельности. В процессе моделирования общения осуществляется планирование коммуникативной структуры будущей деятельности соответственно педагогическим целям и задачам, общей педагогической и нравственно-психологической ситуации в аудитории, творческой индивидуальности самого педагога, индивидуальным особенностям студентов, предлагаемой системе методов обучения и воспитания.

2. Начальный период общения: организация непосредственного общения с аудиторией, группой, начало контакта, во многом определяющего успешность дальнейшего развития содержательного и социально-психологического аспекта педагогической деятельности. Важнейшими элементами этого этапа являются: конкретизация спланированной модели общения; уточнение условий и структуры предстоящего общения; осуществление изначальной стадии непосредственного общения.

3. Управление общением в развивающемся педагогическом процессе. Метод обучения и система общения должны быть адекватны. Только тогда будет эффективна совместная работа преподавателя и студентов.

Следовательно, кроме дидактических и методических требований, существует ряд социально-психологических требований к качественному процессу обучения: а) становление психологического контакта с группой для передачи информации и ее личностного восприятия студентами; б) разработка психологически обоснованной партитуры лекции и

практического занятия, т.е. использование элементов беседы, риторических вопросов, ситуаций размышления и т.п., наличие логики в чередовании фактов и обобщений, ярких примеров и теоретического материала. Оптимальное сочетание таких приемов обеспечивает психологический контакт, а следовательно, реальное включение студентов в процесс познания и качество образования; в) создание через систему психологических средств обстановки коллективного поиска и совместных раздумий, что особенно важно для реализации всех видов проблемного обучения, которому необходимы как никакому другому коммуникативные компоненты; г) управление познавательной деятельностью студентов; д) единство делового и личностного аспектов, обеспечивающее не только информационный строй обучения, но и самовыражение личности педагога. Оно придает процессу образования мировоззренческую направленность, повышает эффективность любого вида учебной работы; е) целостная, педагогически целесообразная система взаимоотношений педагога и студентов, которая обеспечивает настрой студентов на общение с педагогом и вызывает интерес к преподаваемой дисциплине, повышает мотивацию обучения за счет социально-психологических резервов. Таким образом, целесообразно организованное педагогическое общение выполняет не только функции устойчивой коммуникации, но и способствует формированию прогрессивной направленности и мировоззренческих позиций. Стилль общения снимает психологический барьер возраста и опыта, способствует организации взаимоотношений на основе увлеченности совместной творческой деятельностью;

4. Анализ осуществленной системы общения и моделирование общения в предстоящей деятельности. Преподаватель анализирует использованную им систему общения, уточняет возможные варианты организации общения в данном коллективе, анализирует содержание занятия и тем самым прогнозирует предстоящее общение с аудиторией. На четвертом этапе цикл общения заканчивается и осуществляется переход к первому этапу.

В системе вузовского педагогического общения сочетаются два фактора: взаимоотношения ведомый-ведущий и взаимоотношения сотрудничества обучаемого и обучающего. Именно эта социально-психологическая система (ситуация) придает взаимоотношениям в вузе особую эмоциональную продуктивность. Наиболее плодотворный процесс вузовского воспитания и обучения обеспечивается именно надежно выстроенной на вузовском уровне системой взаимоотношений.

Таким образом, основные требования к педагогическому общению со студентами сводятся к:

- взаимодействию факторов сотрудничества и управляемости при организации воспитательного процесса;
- формированию духа корпоративности, коллегиальности, профессиональной общности с педагогами;

- ориентации системы педагогического общения на взрослого человека с развитым самосознанием и тем самым к преодолению авторитарного воспитательного воздействия;

- использованию профессионального интереса студентов как фактора управления воспитанием и обучением и как основы педагогической и воспитательной работы.

Сочетание научной и педагогической деятельности является основополагающим в социально-психологической структуре педагогического общения. Дружеское расположение, не переходящее в панибратство, общая увлеченность профессиональными задачами составляют тот эмоциональный фон, на котором происходит обучение. Этико-психологические основы взаимоотношений преподавателя и студентов складываются постепенно. Они зависят от жизненного, учебного, общественного опыта учащихся, традиций института, кафедры, от педагогической направленности личности вузовского педагога.

Формирование собственного индивидуального стиля общения со студентами связано с развитием творческой индивидуальности профессоров, доцентов, преподавателей.

Педагогическое воздействие должно быть систематическим и непрерывным, переходя от учебно-ориентированного к научно-поисковому, от официально-регламентированного к неофициально-доверительному общению. Особые требования предъявляются к этико-психологической основе взаимодействия ученого-педагога и студентов. В этом плане важную роль играют индивидуально-типологические характеристики участников общения или стиль общения. В педагогике выделяют шесть основных стилей:

- автократический (самовластный стиль руководства), когда преподаватель осуществляет единоличное управление коллективом студентов, не позволяя им высказывать свои взгляды и критические замечания, педагог последовательно предъявляет к учащимся требования и осуществляет жесткий контроль за их исполнением;

- авторитарный (властный) стиль руководства допускает возможность для студентов участвовать в обсуждении вопросов учебной или коллективной жизни, но решение в конечном счете принимает преподаватель в соответствии со своими установками;

- демократический стиль предполагает внимание и учет преподавателем мнений студентов, он стремится понять их, убедить, а не приказывать, ведет диалогическое общение на равных;

- игнорирующий стиль характеризуется тем, что преподаватель стремится как можно меньше вмешиваться в жизнедеятельность студентов, практически устраняется от руководства ими, ограничиваясь формальным выполнением обязанностей передачи учебной и административной информации;

- попустительский, конформный стиль проявляется в том случае, когда преподаватель устраняется от руководства группой студентов либо идет на поводу их желаний;

- непоследовательный, алогичный стиль - преподаватель в зависимости от внешних обстоятельств и собственного эмоционального состояния осуществляет любой из названных стилей руководства, что ведет к дезорганизации и ситуативности системы взаимоотношений преподавателя со студентами, к появлению конфликтных ситуаций.

Существуют и другие «авторские» стили и модели поведения педагога (В.А. Кан-Калика, М. Талена и др.), но все эти стили и модели в значительной степени соответствуют вышеуказанным категориям поведения педагогов, хотя и имеют более эмоционально-регламентный подтекст ("Сократ", "Руководитель групповой дискуссии", "Мастер", "Генерал", "Менеджер", "Тренер", "Гид", "Монблан", "Китайская стена", "Локатор", "Тетерев", "Гамлет", "Робот", "Я - сам", "Союз")

Важнейшим фактором, определяющим эффективность педагогического общения, является тип установки педагога. Под установкой имеется в виду готовность реагировать определенным образом в однотипной ситуации.

Наличие негативной установки преподавателя на того или другого студента можно определить по следующим признакам: преподаватель дает "плохому" студенту меньше времени на ответ, чем "хорошему"; не использует наводящие вопросы и подсказки, при неверном ответе спешит переадресовать вопрос другому студенту или отвечает сам; чаще порицает и меньше поощряет; не реагирует на удачное действие студента и не замечает его успехов; иногда вообще не работает с ним на занятии.

Наиболее эффективно решать педагогические задачи позволяет демократический стиль, при котором преподаватель учитывает индивидуальные особенности студентов, их личный опыт, специфику их потребностей и возможностей. Преподаватель, владеющий таким стилем, осознанно ставит задачи перед студентами, не проявляет негативных установок, объективен в оценках, разносторонен и инициативен в контактах. По сути, этот стиль общения можно охарактеризовать как личностный. Выработать его может только человек, имеющий высокий уровень профессионального самоосознания, способный к постоянному самоанализу своего поведения и адекватной самооценке.

В педагогическом общении необходимо осуществлять переход от информационно-объяснительного обучения студентов к деятельному, развивающему. Важными становятся не только усвоенные в вузе знания, но и способы усвоения, мышления и учебной деятельности, развитие познавательных сил и творческого потенциала студента. А этого можно добиться только при условии демократичности методов обучения, раскрепощения студентов, разрушения искусственных барьеров между преподавателем и студентами.

Развивающее обучение предполагает переход от типичной для традиционного обучения схемы «услышал - запомнил - пересказал» к схеме «познал путем поиска вместе с преподавателем и товарищами»:

- осмыслил - запомнил - способен выразить свою мысль словами
- умею применить полученные знания в жизни.

Существует шесть основных функций взаимодействия субъектов педагогического процесса при оптимальном педагогическом общении:

- конструктивная - педагогическое взаимодействие преподавателя и студента при обсуждении и разъяснении содержания знаний и практической значимости по предмету;

- организационная - организация совместной учебной деятельности преподавателя и студента, взаимной личностной информированности и общей ответственности за успехи учебно-воспитательной деятельности;

- коммуникативно-стимулирующая - сочетание различных форм учебно-познавательной деятельности (индивидуальной, групповой, фронтальной), организация взаимопомощи с целью педагогического сотрудничества; осведомленность студентов о том, что они должны узнать, понять на занятии, чему научиться;

- информационно-обучающая - показ связи учебного предмета с производством для правильного миропонимания и ориентации студента в событиях общественной жизни; подвижность уровня информационной емкости учебных занятий и ее полнота в сочетании с эмоциональным изложением учебного материала, опорой на наглядно-чувственную сферу студентов;

- эмоционально-корректирующая - реализация в процессе обучения принципов "открытых перспектив" и "победного" обучения в ходе смены видов учебной деятельности; доверительного общения между преподавателем и студентом;

- контрольно-оценочная - организация взаимоконтроля обучающего и обучаемого, совместное подведение итогов и оценка самоконтролем и самооценкой.

В связи с вышеперечисленным особую роль в педагогическом общении играет личность педагога, которой в значительной степени и определяется неудача и успех познавательного общения и качество обучения студентов.

К важным профессиональным качествам педагогического общения относятся [6]:

- 1) интерес к людям и работе с ними, наличие потребности и умений общения, общительность, коммуникативные качества;
- 2) способность эмоциональной эмпатии и понимания людей;
- 3) оперативно-творческое гибкое мышление, обеспечивающее умение быстро и правильно ориентироваться в меняющихся условиях общения, быстро

изменять речевое воздействие в зависимости от ситуации общения, индивидуальных особенностей студентов;

4) умение ощущать и поддерживать обратную связь в общении;

5) умение управлять собой, управлять своими психическими состояниями, своим телом, голосом, мимикой, умение управлять настроением, мыслями, чувствами, умение снимать мышечные зажимы;

6) способность к спонтанности (неподготовленной) коммуникации;

7) умение прогнозировать возможные педагогические ситуации, последствия своих воздействий;

8) хорошие вербальные способности, а именно - культура, развитость речи, богатый лексический запас, правильный отбор языковых средств;

9) владение искусством педагогических переживаний, которые представляют сплав жизненных, естественных переживаний педагога и педагогически целесообразных переживаний, способных повлиять на студентов в требуемом направлении;

10) способность к педагогической импровизации, умение применять все разнообразие средств воздействия (убеждение, внушение, заражение, применением различных приемов воздействия, "приспособлений" и "пристроек").

Факторы, определяющие социально-психологический портрет студента и в немалой степени влияющие на успешность обучения, можно разделить на две категории: те, с которыми студент пришел в вуз, - их только можно принимать во внимание, и те, которые появляются в процессе обучения, - ими можно управлять [4].

К первой категории: уровень подготовки, система ценностей, отношение к обучению, информированность о вузовских реалиях, представления о профессиональном будущем. Эти факторы работают преимущественно на этапе адаптации к требованиям вуза. Студент должен очень быстро ориентироваться и с новых позиций освоить способы и методы учебной деятельности, понять систему норм и правил, существующих на факультете и в его учебной группе, разработать свою систему ценностей по отношению к учебе, предстоящей работе, преподавателям.

Постепенно влияние факторов первой группы ослабевает и решающую роль начинают играть факторы второй группы. К ним можно отнести: организацию учебного процесса, уровень преподавания, тип взаимоотношений преподавателя и студента и т.п.

Именно это в значительной степени, а не исходный уровень определит профессиональный и психологический облик человека, который через пять лет покинет стены вуза. В вуз приходят совершенно различные люди с разными установками и разными "стартовыми условиями".

Процесс выбора профессии, обучения в вузе является для многих студентов прагматическим, целенаправленным и соответствующим времени.

Выделяют несколько основных типов деятельности и поведения студентов в процессе обучения и познания: [2, 3]

Первый тип личности отличается комплексным подходом к целям и задачам обучения в вузе. Интересы студентов сосредотачиваются на области знаний более широкой, чем предусмотрено программой, социальная активность студентов проявляется во всем многообразии форм жизни вуза. Этот тип деятельности ориентирован на широкую специализацию, на разностороннюю профессиональную подготовку.

Второй тип личности отличается четкой ориентацией на узкую специализацию. И здесь познавательная деятельность студентов выходит за рамки учебной программы. Однако если первому типу поведения присуще преодоление рамок программы, так сказать, вширь, то в данном случае этот выход осуществляется вглубь. Система духовных запросов студентов сужена рамками "околопрофессиональных интересов".

Третий тип познавательной деятельности студентов предполагает усвоение знаний и приобретение навыков лишь в границах учебной программы. Этот тип деятельности - наименее творческий, наименее активный.

По отношению к учебе выделяют пять типов познавательного поведения студентов [2, 3]:

К первой группе относятся студенты, которые стремятся овладеть знаниями, методами самостоятельной работы, приобрести профессиональные умения и навыки, ищут способы рационализации учебной деятельности. Учебная деятельность для них - необходимый путь к хорошему овладению избранной профессией. Они отлично учатся по всем предметам учебного цикла.

Вторая группа студентов стремятся приобрести знания во всех сферах учебной деятельности. Для этой группы характерно увлечение многими видами деятельности, но им быстро надоедает глубоко вникать в суть тех или иных предметов и учебных дисциплин. Вот почему они нередко ограничиваются поверхностными знаниями.

К третьей группе относятся студенты, которые проявляют интерес только к своей профессии. Приобретение знаний и вся их деятельность ограничиваются узкопрофессиональными рамками. Для этой группы студентов характерно целенаправленное, избирательное приобретение знаний, и только необходимых (по их мнению) для будущей профессиональной деятельности.

К четвертой группе относятся студенты, которые неплохо учатся, но к учебной программе относятся избирательно, проявляют интерес только к тем предметам, которые им нравятся. Они несистематически посещают учебные занятия, часто пропускают лекции, семинарские и практические занятия, не проявляют интереса к каким-либо видам учебной деятельности и дисциплинам учебного плана, так как их профессиональные интересы еще не сформированы.

К пятой группе относятся лодыри и лентяи. В вуз они пришли по настоянию родителей или "за компанию" с товарищем, или для того, чтобы не идти работать и не попасть в армию. К учебе относятся равнодушно, постоянно пропускают занятия, имеют "хвосты", им помогают товарищи, и зачастую они дотягивают до диплома.

Взяв за отправную точку анализа практическую деятельность студентов, можно выделить 4 группы качеств, которые наиболее полно, по мнению В. Т. Лисовского, характеризуют студента [5]:

1. "Гармоничный". Выбрал свою специальность осознанно. Учится очень хорошо, активно участвует в научной и общественной работе.

2. "Профессионал". Выбрал свою специальность осознанно. Учится, как правило, хорошо. В научно-исследовательской работе участвует редко, так как ориентирован на послевузовскую практическую деятельность, главное для него - хорошая учеба.

3. "Академик". Выбрал свою специальность осознанно. Учится только на "отлично". Ориентирован на учебу в аспирантуре. Поэтому много времени отдает научно-исследовательской работе, порой в ущерб другим занятиям.

4. "Общественник". Ему свойственна ярко выраженная склонность к общественной деятельности, которая зачастую преобладает над другими интересами и порой отрицательно сказывается на учебной и научной активности.

5. "Любитель искусств". Учится, как правило, хорошо, однако в научной работе участвует редко, так как его интересы направлены в основном в сферу литературы и искусства.

6. "Старательный". Выбрал специальность не совсем осознанно, но учится добросовестно, прилагая максимум усилий.

7. "Середняк". Учится "как получится", не прилагая особых усилий. Старается учиться хорошо, хотя от учебы не испытывает удовлетворения.

8. "Разочарованный". Человек, как правило, способный, но избранная специальность оказалась для него малопривлекательной.

9. "Лентяй". Учится, как правило, слабо, по принципу "наименьшей затраты сил". В научно-исследовательской и общественной работе участия не принимает. В коллективе студенческой группы к нему относятся как к "балласту".

10. "Творческий". Ему свойствен творческий подход к любому делу - будь то учеба или общественная работа, или сфера досуга, учится неровно, по принципу "мне это интересно" или "мне это не интересно".

11. "Богемный". Как правило, успешно учится на так называемых престижных факультетах, свысока относится к студентам, обучающимся массовым профессиям. Стремится к лидерству в компании себе подобных, к остальным же студентам относится пренебрежительно. "Обо всем" наслышан, хотя знания его избирательны.

Обучение студентов профессии, знаниям и навыкам – сложный, трудный, но интересный процесс, эффективность которого определяется и зависит как от человеческих (личностных) качеств преподавателя, студентов, так и от форм, стилей их взаимного отношения, межпоколенного взаимодействия в ходе педагогического и воспитательного процессов.

Литература

1. Абдулина О. А. Личность студента в процессе профессиональной подготовки // Высшее образование в России. – 1993. – № 3.
2. Бойко В.В. Диалог лектора со слушателями: психологические аспекты. – Л.: Знание, 1987.
3. Бреслав Т.Е. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонение. Педагогика. – М., 1990.
4. Буланова-Топоркова М. В. Педагогика и психология высшей школы. – Р н/Д.: Феникс, 2006.
5. Милорадова Н. Г. Студент в зеркале психологии // Архитектура и строительство России. – 1995. – № 9.
6. Столяренко Л.Д. Педагогическое общение / Педагогическая психология для студентов вузов. – Ростов н/Д: "Феникс", 2004. – С. 238-247.

Петров К.А.

г. Волгоград, Россия
Волгоградский государственный
медицинский университет

МЕДИЦИНСКИЙ ЦИНИЗМ И ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОГО ДОВЕРИЯ

Одна из наиболее важных тем в курсе биоэтики – доверие пациента врачу. Именно доверие является условием успешного лечения. Говоря о доверительных отношениях врача и пациента, стоит упомянуть, что они немыслимы без реализации в медицинской практике принципа диалогизма: диалог является фундаментом, на котором только и возможны доверительные отношения. Таким образом, важной темой, как в области биоэтики, так и медицинской этики является тема возможности диалога.

В этой связи, стоит отметить, одной из наиболее значимых характеристик современного общества является «цинизм». Именно цинизм является одним из наиболее серьёзных препятствий к осуществлению диалога. Исследованию этого феномена посвящен известный философский труд – «Критика цинического разума», написанный немецким мыслителем Петером Слотердайком. По мнению философа, цинизм является формой ложного просвещенного сознания, и может быть сведён к формуле «зная лучшее – делать худшее». Петер Слотердаик задаётся вопросом о том, в силу каких

причин для цинического сознания становится действительным противоречие между знанием и практикой. Отвечая на него, немецкий философ указывает на просвещенность циника и говорит о том, что Просвещение основывается на идеалах свободного диалога или спора, каждый из участников которого готов расстаться со своим мнением, в случае если за другую позицию будет выдвинут лучший аргумент. Таким образом, цинизм возникает в той ситуации, когда один из участников диалога не желает расставаться со своими взглядами, хотя для него уже очевидна их ложность. В этом отношении, можно говорить, о цинизме как о реакции на неудавшийся диалог.

Однако Слотердаjk не останавливается на философской рефлексии цинизма, но и обнаруживает различные виды цинического сознания. Он выделяет военный, государственный или властный цинизм, цинизмы сексуальные, религиозные, знания и, что характерно, медицинский цинизм. Однако, что же такое медицинский цинизм, и чем он отличается от остальных форм цинического сознания? Слотердаjk пишет: «Поскольку врач вынужден защищать своё сердце от многочисленных жестких аспектов своей профессии, народный разум признаёт за ним с незапамятных времен право на некоторую долю цинической грубости <...>. Народ распознает своих действительных союзников в тех, у кого настолько чуткое сердце, что его приходится прятать за черным юмором и грубиянскими манерами»[1, 305]. В этой связи, стоит отметить, медицинский цинизм может пониматься в качестве своеобразного «рефлексивного буфера», защищающего от «экзистенциального коллапса»[2, 12] в ситуации, когда от человека требуется четкая идентификация со своими должностными обязанностями. Об этой форме медицинского цинизма, выраженного, прежде всего, в виде черного медицинского юмора Слотердаjk говорит как о приемлемом социальном явлении. Заключим, что такой цинизм не является препятствием для осуществления профессиональных обязанностей. Можно предположить, что для пациента более сложным будет отношения с «холодным», равнодушным врачом, в котором уже не осталось место человеческому, пусть и не всегда приятному отношению. Хотя, нельзя не заметить, что медицинский цинизм означает неудачу в диалоге, и должен быть рассмотрен как негативная тенденция в отношениях врач-пациент.

Однако, как отмечает Слотердаjk, медицинский цинизм не исчерпывается только специфическим юмором [3, 300]. Немецкий автор пишет, что одной из предпосылок возникновения цинизма является специфика профессиональной деятельности, которая выражается во всё возрастающей подозрительности [3, 381]. Петер Слотердаjk подчеркивает, что врач учится подозревать не только пациента в том, что он говорит неправду (эта мысль достаточно ярко выражена в слогане известного сериала «Доктор Хаус» - «Все врут»), но и «подозревать тело», которое может быть источником болезни. Это профессиональное «подозрение», также следует признать, причиной возникновения медицинского цинизма.

Кроме того, Петер Слотердаjk, указывает на то, что ещё одним условием медицинского цинизма является особая форма власти, которую врач получает над больным, наиболее известное выражение которой является феномен медикализации. Немецкий автор, в шутку замечает: «Можно представить себе такой уровень её [медицины] развития, на котором дело дойдёт до полного отчуждения частных телесных компетенций. В конце концов придётся учиться на уроках урологии, как нужно правильно справлять малую нужду»[3, 308]. Причину, отчуждения тела от его «владельца», по нашему мнению, следует видеть в самом медицинском знании, рассматривающем органы человека, как частичные объекты, подлежащие технической манипуляции. Эта проблема особенно остро стоит в связи с ростом значения современных технологий в медицине. В этом отношении, важная проблема – это возвращение в сферу медицинской практики представления о ценности жизни, жизни, которой не может быть редуцирована к нормальному функционированию органов человека. Традиционно, в философии ценность жизни определяется в перспективе конечности человека. «Тому, кто постигнет, что круг отчуждения всегда замыкается собственной смертью, должно стать ясно, что лучше избрать иное направление этого круга – к жизни, а не к одурманенному [страхом за здоровье] существованию, к риску – вместо перестраховки, к цельному телесному воплощению – вместо расколотости», - пишет Слотердаjk [3, 308].

По нашему мнению, осознание конечности человеческой жизни, несомненно, позволит избавиться от негативных форм проявления медицинского цинизма, обеспечит возникновение диалога между врачом и пациентом, и будет благоприятно воздействовать на появления доверия ко врачебной деятельности со стороны общества. Однако, эта перспектива связана со многими трудностями, например, с необходимостью осмысления присутствия смерти в медицинской практике, что противоречит традиционному пониманию роли врача, как главного «противника смерти». Это повлечет за собой сложные дискуссии о возможности эвтаназии, использования обезболивающих средств, влияющих на состояние сознания, а также изменение понятия «качества жизни».

Литература

Слотердаjk П. Критика цинического разума. – Екатеринбург: Издательство Уральского университета, – 2001. – с. 305.

Bewes, T. Cynism and postmodernity / Timothy Bewes. – London : Verso, – 1997. – P. 12

Слотердаjk П. Критика цинического разума. – Екатеринбург: Издательство Уральского университета, – 2001. – с. 300.

Социально психологический ракурс медицинских практик

Орлова М.М.

г. Саратов, Россия

Национальный исследовательский Саратовский государственный университет
им. Н.Г. Чернышевского

КОНЦЕПЦИЯ СУБЪЕКТНО-СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ КАК ОСНОВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МОДЕЛИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Решение вопросов оказания паллиативной помощи больному, страдающему хроническим соматическим заболеванием требует интеграции различных патогенетических моделей и коррекционных программ. Задачи паллиативной помощи населению отвечают такому интегративному пониманию и реализуют системные принципы в обеспечении сохранения качества жизни больных хроническими соматическими заболеваниями. Такая интеграция невозможна без психологической составляющей.

Системный анализ в медицинской психологии, в частности, реализуется в понятии функциональный диагноз, который позволяет рассматривать в единстве болезнь, личность и ситуацию в оценке их влияния на процесс компенсации болезни и адаптации больного в обществе. В структуре функционального диагноза выделяется клинико-психопатологический и социальный уровень [6].

Внеозологические признаки, определяющие характер адаптационно-компенсаторных возможностей пациента в контексте этого подхода, предлагается рассматривать как четыре взаимодействующих блока: блок преморбидного адаптационного потенциала, психологический блок психической адаптации, социальный блок психической адаптации, блок социальной поддержки [3].

Мы считаем необходимым, рассматривать понятие функционального диагноза в качестве основы изучения здоровья и болезни как социально-психологической ситуации.

Социально-психологическая ситуация здоровья и болезни, на наш взгляд, имеет следующую структуру.

Объективные составляющие:

- Уровень уязвимости психодинамической, психофизиологической и биогенетической систем,
- уровень здоровья или тяжесть болезни и ее обратимость,
- уровень достижений в различных сферах социального функционирования,
- социальный статус здорового или больного человека,
- социальные стереотипы и изменение социального взаимодействия, связанные с заболеванием,
- контекст жизненного пути личности,

➤ уровень социальной поддержки, которая включает в себя семейные и несемейные характеристики взаимодействия с социальной средой в узком и широком смысле слова.

Субъективные составляющие: уровень психической и социальной адаптивности как реализация субъектности личности.

Уровень психической адаптации включает индивидуально-личностные особенности, внутреннюю картину здоровья или болезни, личностные ресурсы образующие стили защитно-совладающего поведения и переживания, личностный уровень идентичности здорового – больного человека.

Уровень социально-психологической адаптации включает способ взаимодействия с действительностью, качество жизни, социальную идентичность здорового или больного человека.

Как психическая, так и социально психологическая адаптация может рассматриваться как реализация субъектности человека в различных психофизических, так и социальных обстоятельствах.

Уровень временной перспективы включает непрерывность восприятия себя в прошлом, настоящем и будущем и позволяющий соотносить ситуации здоровья и ситуации болезни в контексте жизненного пути личности.

Заболевание как новая жизненная ситуация становится предметом активной внутренней «работы» больного, в результате которой формируется новая «внутренняя позиция» человека. Ее содержание и динамика отражают основные смысловые изменения в структуре личности, формируется смысл болезни.

Основой этих взаимодействий между составляющими социально-психологической ситуаций здоровья и болезни является внутренняя картина здоровья и болезни, которая определяет субъективный смысл ситуации.

Оценка удовлетворенности жизнью реализованная в оценке качества жизни может рассматриваться как механизм социализации личности или мета уровень внутренней картины здоровья и болезни, социальная и личностная идентичность здорового и больного человека как проявление самосознания включена как в удовлетворенность жизнью, так и в структуру адаптации.

Социокультурная контекстуализация в исследовании внутреннего мира здорового и больного человека – это возможность многомерного понимания проживаемой субъектом ситуации[4]. В совладании с ситуациями стресс обеспечивается когнитивной оценкой и чувством субъективного контроля либо над ситуацией, либо над собой в определенном ситуационном контексте [5].

Особенно острой является проблема целостности социальной идентичности в ситуации тяжелого заболевания, когда привычная система социальных ролей и представлений о себе и других разрушается. В.В. Ананьев считал, что социальные отношения больных за счет стигматизации и собственного дистанцирования от других крайне обеднены. В большинстве случаев больные остаются один на один со своими переживаниями, страх быть отвергнутым является психологическим барьером для общения с другими, доверия к миру и людям [5].

Центральным психологическим механизмом личностных изменений выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения главному смыслообразующему мотиву – либо направленности на самореализацию личности при опоре на возможности, которые предоставляет здоровье, либо направленность сохранения жизни и восстановления здоровья [2]. В каждой ситуации здоровья и болезни можно ожидать качественные и количественные изменения смысловой регуляции.

Рассмотрение последовательности объективных и субъективных составляющих в ситуациях здоровья представляет динамическую функциональную систему, включающую предситуацию, ситуацию и постситуацию.

Предситуация включает в себя преморбидные особенности личности, к которым относятся как объективные составляющие, связанные с телесностью, а именно: психодинамическая, психофизиологическая и биогенетическая уязвимость, уровень здоровья или тяжести болезни и ее обратимость, уровень достижений в различных сферах социального функционирования, социальный статус здорового или больного человека, социальные стереотипы здоровья и болезни и изменение социального взаимодействия, связанные с заболеванием, контекст жизненного пути личности, уровень социальной поддержки. В социальную поддержку входят как семейные, так и несемейные характеристики взаимодействия с социальной средой в узком и широком смысле слова. Субъективные составляющие определяются степенью адаптивности, структурой идентичности, оценкой качества жизни.

Собственно ситуация включает объективные и субъективные составляющие здоровья и болезни, как на уровне телесности, так и на социальном уровне. Уровень телесности может предшествовать уровню социальных изменений и определять его, а может следовать за социальными изменениями.

К объективным составляющим здоровья и болезни на уровне телесности относятся психодинамическая, психофизиологическая и биогенетическая уязвимость, уровень здоровья или тяжести болезни и ее обратимость.

Субъективные составляющие могут рассматриваться как отражение в самосознании происходящих телесных изменений и отношение к ним. А именно, внутренняя картина здоровья на личностном и металичном уровне, психическая и социальная адаптивность, как реализация субъектности личности. Внутренняя картина здоровья и болезни реализует смысл болезни и степень ограничения или расширения ведущих мотивов в связи с ситуацией здоровья и болезни. К метауровню относится личностная идентичность, которая определяется в связи с возможностями, определяемыми телесным состоянием и качеством жизни, представляющими оценку ситуации с точки зрения ее благополучия.

К объективным составляющим ситуаций здоровья и болезни социального порядка относятся социальные роли и семейная поддержка. Социальные характеристики ситуации могут включать социальный статус здорового или больного человека, социальные стереотипы и изменение социального

взаимодействия, связанные со здоровьем или заболеванием, контекст жизненного пути личности, уровень социальной поддержки, которая включает в себя: семейные и несемейные характеристики взаимодействия с социальной средой в узком и широком смысле слова.

Субъективные составляющие социального уровня ситуации отражает осмысление происходящих изменений своих социальных отношений в виде внутренней картины здоровья и болезни на металичном и личностном уровне, психической и социальной адаптивности, как реализации субъектности личности. В связи с изменением социальных отношений личности, прежде всего, формируется новая социальная идентичность, что влияет на самоотношение и личностную идентичность. Эти изменения формируют новую оценку качества жизни и трансформируют внутреннюю картину здоровья и болезни, преобразуя смысл ситуации и степень ограничения или расширения ведущих мотивов.

Пост ситуация может рассматриваться как следующий за ситуацией этап жизненного пути личности и включает в себя объективные и субъективные составляющие.

К объективным составляющим относится либо усиление уязвимости телесных и социальных возможностей, либо их укрепление.

К субъективным составляющим относится трансформация представлений о здоровье и болезни и изменение социального взаимодействия, связанные с имеющимся уровнем здоровья или болезни, в контексте жизненного пути и жизненных целей личности в связи с имеющимся уровнем здоровья или болезни, уровень социальной поддержки, которая включает в себя: семейные и несемейные характеристики взаимодействия с социальной средой в узком и широком смысле слова.

Во второй ситуации болезни предситуация представлена преморбидными особенностями ситуации и личности: уровень здоровья, предполагающий баланс как уязвимости, так и возможности, уровень достижений в различных сферах социального функционирования, контекст жизненного пути личности, связанный с решением личностных и социальных задач. Часто хроническому заболеванию предшествует опыт острых соматических заболеваний, в этом случае преморбидной будет являться первая ситуация болезни, либо преморбидными являются ситуации здоровья. Имеющийся уровень достижений в различных сферах социального функционирования, контекст жизненного пути личности, связанный с ситуацией болезни.

Собственно ситуация хронического заболевания характеризуется наличием болезни, как значительного и постоянного фактора, имеющего определенную степень тяжести.

Осознание телесных изменений проявляется, прежде всего, в чувстве страдания и утраты прежних возможностей. Смысл здоровья, представленный в сознании больного, связан с чувством утраты прежних физических возможностей. Внутренняя картина болезни вариативна: болезнь как физическое страдание, как ограничение физических и социальных возможностей, как сужение смыслообразующих мотивов и формируется в зависимости от

возможностей преморбидной личности и адаптационных стратегий. Личностная идентичность включает как сохранение целостности личности, так и идентификацию себя с имеющимися телесными ограничениями. Качество жизни вариативно и зависит от внутренней картины болезни.

Объективно меняется социальное положение больного в связи с постановленным диагнозом. Социальный статус «больного» человека вменяет необходимость изменения образа жизни, необходимость взаимодействовать с медицинскими учреждениями и медицинскими работниками, осуществлять медицинские мероприятия и соотносить имеющиеся жизненные цели с ограниченными болезнью возможностями. Кроме этого, больной хроническим заболеванием осуществляет социальные взаимодействия в контексте социальных представлений о том или другом заболевании. Социальная стигматизация или концепция мифа болезни присущая тем или другим заболеваниям, связана с социальными ожиданиями: угрозы утраты жизни при онкологических и кардиологических заболеваниях, социальной изоляции при инфекционных заболеваниях.

Осознание этих социальных изменений, выраженных в изменении социальных взаимодействий и социальных ролей, прежде всего, отражается на социальной идентичности. Это проявляется в социальной идентификации себя с больным или отстаивание идентификации себя со здоровым человеком, что приводит к гиперкомпенсации. Личностная идентичность включает чувство беспомощности или мобилизации собственных возможностей для восстановления самоотношения. Восприятие качества жизни вариативно: как возможности реализации жизненных планов, либо как сохранения безопасности и комфорта. В зависимости от эффективности адаптационных стратегий формируется зависимость или независимость в близком и широком круге социальных взаимодействий и идентификация себя как независимого или зависимого человека. В связи с эффективностью адаптационных стратегий формируется смысл болезни либо как преграды и невозможности самореализации, либо как приобретение нового опыта совладания с жизненными трудностями.

Постситуация в контексте второй ситуации болезни предполагает несколько вариантов: упрочение ремиссии, либо усугубление развития хронического соматического заболевания.

К субъективным составляющим относится амбивалентность представлений о значимости здоровья от повышения этой значимости до формирования представлений о нормативности болезни. Амбивалентность адаптационных стратегий, либо преодоление, либо адаптация к имеющимся возможностям.

Контекст жизненного пути личности: амбивалентность ориентации – либо на фиксирование задач сегодняшнего дня, либо на значимость прошлого, либо на значимость будущих задач. Амбивалентность и напряжение в семейных отношениях: либо укрепление, либо ослабление семейных связей.

Амбивалентность в отношении к своей семейной роли, заключающаяся в повышении сплоченности семейных отношений, повышенной

требовательности к семейным отношениям, отстаивании своей независимости и формировании зависимых стратегий.

В ситуации хронического заболевания для повышения качества жизни необходимо сохранение социальных возможностей: профессиональной самореализации, сохранения семейных ролей больного. Это требует психологического сопровождения больного в процессе лечения и реабилитации, направленного на расширение системы мотиваций и идентификаций, оптимизации внутренней картины болезни, выработки конструктивных адаптационных стратегий.

В ситуации инвалидизации предситуация представлена преморбидными особенностями ситуации и личности: уровень здоровья как психодинамическая, психофизиологическая и биогенетическая уязвимость, чаще всего предшествует опыт хронических соматических заболеваний, в этом случае преморбидной будет являться вторая ситуация болезни, реже первая и еще реже ситуации здоровья. Уровень имеющихся достижений в различных сферах социального функционирования, контекст жизненного пути личности, связанный с решением проблем ситуации болезни.

Собственно ситуация болезни характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Тяжелое течение заболевания, длительное пребывание в стационаре (до 5-7 мес. ежегодно).

Осознание физических страданий и ограничений формирует, прежде всего, преградный смысл болезни, что проявляется невозможности реализации прежде значимых мотивов, сужении смыслообразующих мотивов в зависимости от особенностей преморбидной личности и трансформации адаптационных стратегий, связанной с их большей пассивностью в связи с влиянием феноменов болезни на центральную нервную систему и повышенной астении. Личностная идентичность включает чаще идентификацию себя с имеющимися телесными ограничениями, реже – сохранение отношения к себе неизменным. Качество жизни отражает утрату определенного уровня благополучия на всех уровнях жизни.

К объективным социальным особенностям ситуации относятся формирование нового социального статуса больного и инвалида, что вменяет необходимость изменения привычного образа жизни, необходимость взаимодействовать с медицинскими учреждениями и медицинскими работниками, осуществлять медицинские мероприятия и соотносить имеющиеся жизненные цели с ограниченными болезнью возможностями, утрата профессиональных возможностей, усугубление витальной угрозы. Присуждение роли опекаемого члена семьи и общества.

Эти социальные изменения в контексте новой социальной роли отражаются в самосознании прежде всего, в трансформации социальной идентификации и отождествлении себя с социальными статусами больного и инвалида, ограничение возможности независимого социального взаимодействия. Трансформация представлений о Мире как Мире больных

людей, представление о нормативности болезни. Восприятие качества жизни как утраты благополучия и зависимости этого благополучия от окружающих.

Формируется личностная идентичность предполагающая негативное самоотношение. Отношение к болезни трансформируется, приобретая характер отказа от социальной ответственности и пассивности, смысл болезни, актуализирующий мотив сохранения жизни.

Постситуация в контексте третьей ситуации болезни предполагает либо упрочение ремиссии, либо усугубление развития хронического соматического заболевания и социальных ограничений.

К субъективным составляющим относится формирование представлений, в которых значимость болезни акцентирована, а значимость здоровья уменьшается, болезнь и инвалидность начинает рассматриваться как типичное и нормативное явление. Такая трансформация представлений может рассматриваться как механизм адаптации к ситуации болезни.

Контекст жизненного пути личности трансформируется основная ориентация, направленная на фиксирование задач сегодняшнего дня, утраты значимости или негативное отношение к будущему. Зависимость от семейного и социального окружения. Формирование зависимых адаптационных стратегий.

Амбивалентность и напряжение в семейных отношениях: либо укрепление, либо ослабление семейных связей. Изменение своей семейной роли, заключающееся в формировании зависимых стратегий.

Данная концепция предполагает следующие меры по сохранению качества жизни больных хроническими соматическими заболеваниями и инвалидов.

В ситуации инвалидизации для повышения качества жизни необходим акцент на сохранение семейных отношений и возможности самоактуализации в посильных видах творчества. Это требует психологического сопровождения больного направленного на расширение системы мотиваций и идентификаций, оптимизации внутренней картины болезни, выработки конструктивных адаптационных стратегий, формирование возможности независимого поведения.

Литература

1. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: Дисс. ... докт. психол. наук. СПб., 1998. – 416 с.

2. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.

3. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция» или реальный феномен? // Обозрение психиатрии и мед.психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – № 1. – С. 7-10.

4. Крюкова Т.Л., Шаргородская О.В. Социокультурный контекст совладания в ситуации болезни // Вестник костромского государственного университета им. Некрасова. Серия: Психология. Педагогика. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2012. – №4. – С. 135-142.

5. Крюкова Т.Л., Шаргородская О.В. Социокультурный контекст совладания в ситуации болезни // Вестник костромского государственного университета им. Некрасова. Серия: Психология. Педагогика. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2012. – №4. С. 135-142.

6. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование). Дисс. ... докт. мед. наук. – СПб, 2009.

Касимовская Н.А., Якушина И.И.
г. Москва, Россия
Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ

Здоровье будущих поколений – это одна из главных ценностей современной России [1]. За последние годы отмечается значительное снижение доли здоровых детей [6]. Каждый третий ребенок уже с рождения имеет различные отклонения в состоянии здоровья или заболевания, каждый шестнадцатый младенец рождается с низкой массой тела (таб.1).

В заболеваемости детского населения серьезной проблемой остается рост наследственных болезней и врожденных пороков развития, такие заболевания, по данным ВОЗ, встречаются у 5,5% новорожденных [5].

Таблица 1.

Динамика заболеваемости новорожденных детей врожденной патологией за период 1995-2012 г.г. (на 10000 родившихся живыми, данные Минздрава России, Росстат)

Родилось детей больными или заболели (массой тела 1000 г и более):	1995	2000	2005	2010	2011	2012
всего, тыс. человек	383,3	474,1	575,9	624,0	614,4	637,2
% от числа детей, родившихся живыми	28,5	38,0	40,7	35,5	34,9	34,1
% новорожденных с заболеваниями:						
врожденные аномалии	2,6	3,0	3,3	3,0	2,9	2,9
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	32,0	50,6	56,5	49,3	47,7	45,8
всего недоношенных, тыс. человек от числа родившихся живыми	81,7	74,1	76,7	93,2	93,3	108,2

В связи с трудностью достижения полного излечения и прогрессирующим характером врожденных и наследственных заболеваний основным направлением в решении данной проблемы является их профилактика на раннем этапе, в медико-генетических консультациях [2, 3].

Организационно-методические принципы профилактики наследственной и врожденной патологии осуществляется тремя уровнями мероприятий:

- первый – предупреждение зачатия больного ребенка (планирование деторождения, выявление факторов риска, оценка репродуктивного здоровья супругов, санация выявленных очагов хронической инфекции, прием женщиной фолиевой кислоты, начиная с первых недель беременности);
- второй – предупреждение рождения больного ребенка (использование всех методов пренатальной диагностики – ультразвукографии плода, определение маркерных сывороточных белков и кариотипа плода, молекулярно-генетические исследования);
- третий – использование лечебных и реабилитационных мероприятий для коррекции ряда наследственных и врожденных заболеваний и профилактики их осложнений [5].

На современном этапе развития медико-генетического консультирования наряду с основной целью - профилактикой врожденной и наследственной патологии в семье - возникает и вторая, не менее значимая цель - достижение психоэмоционального благополучия пациентов в адаптации к риску появления наследственных и врожденных заболеваний в семье [4].

Многие пациенты обращаются в медико-генетическую консультацию в состоянии психоэмоционального напряжения, основанного на неприятии возможного факта рождения нездорового ребенка или такого риска, что может приводить к отказу от рождения детей, депрессивному состоянию, вплоть до распада семьи и т.д.

Часто пациенты приходят формально, не по собственному желанию, а по направлению врача-акушера женской консультации, что заметно снижает уровень понимания информации и эффективность самой консультации. Адекватность восприятия информации зависит не только от доступной формы ее изложения, но и от психоэмоционального состояния будущих родителей, личностных особенностей супругов, их отношений в семье, что требует установление особого взаимопонимания во время медико-генетического консультирования. Часто диагноз наследственного заболевания, поставленный будущему ребенку, вызывает у родителей ощущение собственной неполноценности и нередко помимо медико-генетической помощи родителям требуется психотерапевтическая помощь, так как они находятся в состоянии стресса из-за непонимания реальной ситуации с их будущим ребенком [4].

В 2013 г. проведено проспективное социологическое исследование на базе отделения медицинской генетики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Методом заочного анкетирования было опрошено 304 беременных, обратившихся в медико-генетическую консультацию самостоятельно или по направлению врача акушера-гинеколога женской консультации. Для анкетирования была

разработана анкета, содержащая 30 вопросов, объединенных в блоки: социальное положение, наличие факторов риска, психоэмоциональное состояние пациента, организация и качество медицинской помощи.

Как показало исследование, пациенты обращаются в медико-генетическую консультацию ретроспективно, когда у них уже выявлены генетические проблемы. Определено, что основными причинами обращения в медико-генетическую консультацию являются: наличие изменений в показателях крови у беременных при биохимическом скрининге $55,6\% \pm 2,6\%$, прогноз здоровья будущего ребенка $20,1\% \pm 2,1\%$ и возраст беременной женщины старше 35 лет $12,8\% \pm 1,7\%$.

Так как при медико-генетическом консультировании пациенты часто находятся в состоянии стресса, что может оказывать негативное влияние на состояние их здоровья, нами было изучено психоэмоциональное состояние беременных до и после проведения медико-генетического консультирования.

Как показал анализ анкет, более половины респондентов ($59,3\% \pm 2,8$) указывают на состояние стресса в различной степени проявления у них и их семьи до медико-генетической консультации, $35\% \pm 2,7$ респондентов сильно переживали из-за того, что неясен прогноз здоровья будущего ребенка, практически каждая пятая ($19,7\% \pm 2,3$) отмечает, что сильно переживает муж, $5,3\% \pm 1,3$ респондентов сейчас находится в состоянии стресса.

На следующем этапе исследования нами изучено мнение тех же респондентов после медико-генетического консультирования. Выявлено, что после проведения медико-генетического консультирования $73,7\% \pm 2,5$ респондентов отмечают улучшение психоэмоционального состояния, критерий $t=3,9$, который доказывает, что различия в психоэмоциональном состоянии беременных женщин до и после проведения медико-генетического консультирования не случайно, достоверно и значимо, так как обусловлено именно проведением медико-генетического консультирования (рис.1).

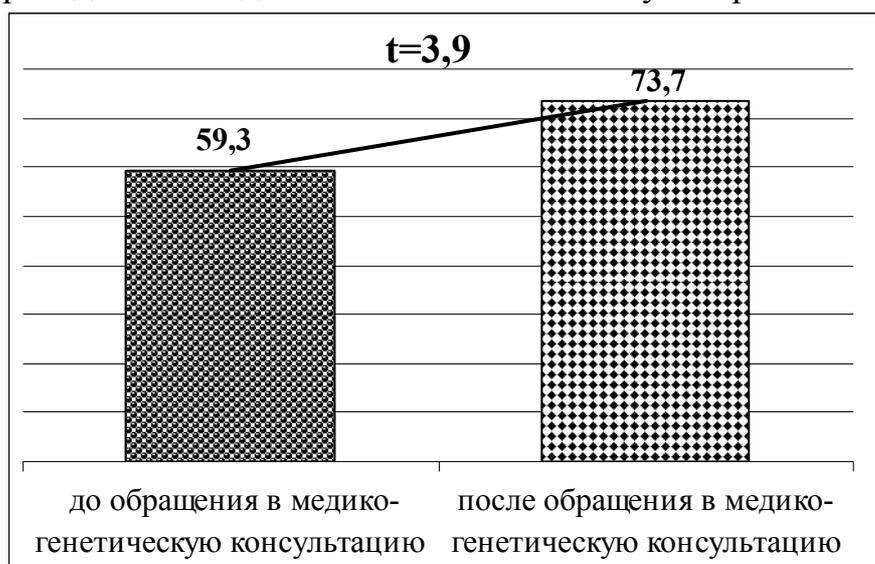


Рис.1. Мнение пациентов медико-генетической консультации о психоэмоциональном состоянии при обращении в медико-генетическую консультацию

Результаты исследования:

1. Пациенты обращаются в медико-генетическую консультацию ретроспективно, когда у них уже выявлены факторы риска наследственной и врожденной патологии для здоровья будущего ребенка.
2. Более половины респондентов (59,3%±2,8) указывают на состояние стресса при обращении в медико-генетическую консультацию.
3. Обращение в медико-генетическую консультацию позволяет улучшить психоэмоциональное состояние беременных (73,7%±2,5).

Литература

1. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей (путеводитель по клинической генетике). – М.: «Триада – Х». 2004. – 560 с.
2. Бочков Н.П. Клиническая генетика. М., ИД «ГЭОТАР-МЕД». 2004.
3. Гузеев Г.Г. Эффективность генетического консультирования. – М. ООО «Медиа Групп». – 2005. – 250 с.
4. Ощепкова О.М., Семинский И.Ж. Современные аспекты медико-генетического консультирования // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2009. – № 4.
5. Симаходский А.С., Романенко О.П., Верлинская Д.К., Кузнецова Е.Ю. Роль наследственных болезней и врожденных пороков развития в возникновении детской инвалидности и возможные меры профилактики // Организация здравоохранения. – СПб., 2008.
6. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. // ИД «Менеджес здравоохранения». – М., 2012.

Летягина С.К.

г. Саратов, Россия

Институт социального образования (филиал)

РГСУ в г. Саратове

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ

В последнее время интерес российских психологов к изучению тревожности существенно усилился в связи с резкими изменениями в жизни общества, порождающими неопределенность и непредсказуемость будущего и, как следствие, переживания эмоциональной напряженности, тревогу и тревожность [3, 21].

Тревожность – переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятия, с предчувствием грозящей опасности. Различают

тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности или темперамента. В отечественной психологической литературе это различие зафиксировано соответственно в понятиях «тревога» и «тревожность». Последний термин, кроме того, используется и для обозначения явления в целом.

На непростые возрастные проблемы современных российских подростков накладывается негативное влияние кризиса практически всех основных сфер общества и государства. Это ведет к значительному усилению проявлений возрастного ("базисного") ухудшения адаптации подростков и ставит общество перед лицом ряда грозных социальных осложнений (рост среди подростков уровней злоупотребления спиртным, правонарушений, других форм саморазрушающей и антиобщественной активности, психической патологии и др.). Оптимальное решение непростых проблем подростковой социальной и психической адаптации важно и само по себе, и как одно из условий стабилизации всего российского общества в целом [2, 37].

В числе многочисленных факторов, влияющих на формирование тревожности у подростков, основополагающим является семья, как среда, в которой закладываются базовые личностные качества, мировосприятие, формируются принципы поведения и взаимоотношений на личностном и межличностном уровнях.

Цель исследования – изучить особенности взаимосвязей подростковой тревожности и взаимоотношений в семье. *Гипотеза* – существуют взаимосвязи между подростковой тревожностью и особенностями семейных взаимоотношений. Для достижения поставленной цели, нами были использованы следующие психодиагностические методики: «Шкала семейного окружения» (ШСО) в адаптации Куприянова С. Ю. [1, 22-24]; опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми И. Марковской (ВРР) [1, 104-106]; шкала Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности [4, 534-535]. Нами были опрошены 50 семей: мамы и их дети в возрасте 10-15 лет.

Обратимся к анализу полученных данных по методике «Шкала семейного окружения» (ШСО) в адаптации Куприянова С. Ю.

В обследованных нами семьях степень сплоченности, т. е. забота друг о друге достаточно высока. Однако результаты опроса по другим шкалам указывают на то, что экспрессивность в исследуемых семьях низкая, а это значит, что подростки отметили недостаточную для них возможность открыто действовать и выражать свои чувства. В семьях наблюдается повышенная степень контроля. Это может быть контроль со стороны всех старших по отношению к ребенку, но и возможна ситуация высокой степени иерархичности: слишком жесткую позицию ко всем членам семьи занимает один лишь её член – мать, отец, или это может быть представитель более старшего поколения: бабушка или дедушка.

Средние показатели по методике СШО

Названия шкал	Сплоченность	Экспрессивность	Конфликт	Независимость	Ориентация на достижения
Средние	6,78	5,54	6	5,5	5,5
Названия шкал	Интеллектуально-культурная ориентация	Ориентация на активный отдых	Морально-нравственные аспекты	Организация	Контроль
Средние	4,96	5,64	5,4	6,14	4,52

Мы отметили несколько причин подобного поведения. Основные среди них, это собственные комплексы неуверенности в себе, потребность в ощущении значимости собственного положения, чувство недостаточной самореализации (если не в других сферах – то хотя бы быть хозяином в собственной семье). Следует отметить, что у многих родителей присутствует высокая степень недостаточного доверия к собственным детям по причине того, что они оказались не готовы признать переход ребенка в новый возрастной статус «подросток». Родители воспринимают своих детей ещё маленькими, беззащитными, неопытными, нуждающимися в постоянной помощи и контроле. Им сложно принять в подростковом возрасте потребность взрослеть и быть самостоятельным. Часть родителей препятствуют данным процессам неосознанно; другие намеренно, желая всегда и во всем быть «хозяевами» своих детей, их жизни; считая, что их чадо должно жить только по плану, разработанному родителем. Прав на самоопределение у детей в таких семьях нет. При общении с детьми из подобных семей в большинстве случаев отмечается низкая степень личной активности, самостоятельности, индивидуальности, ответственности (папа велел, мама так хотела) и пр., но высокая степень инертности, инфантильности, и как следствие тревожности.

Но не все дети готовы принять подобное отношение к себе, они протестуют, предъявляя собственные требования на право взрослеть. Именно поэтому в нашем исследовании мы выявили очень высокую степень конфликтности в семьях.

Результаты исследования, характеризующие интеллектуально-культурную ориентацию, развитие морально-нравственных аспектов, оказались низкими. Подростки оценили стремление своих родителей вырастить интеллектуально и культурно развитого члена общества с высокими морально-нравственными качествами. В ходе проведения опроса, многие дети проявили незнание или непонимание ряда терминов или ситуаций, связанных с исследуемыми факторами. В большинстве семей родители очень редко посещают вместе с детьми культурные мероприятия, мало участвуют в общественной жизни детей, мало с ними беседуют. В большинстве семей очень редко читают хороших, умных, развивающих книг, особенно совместно с детьми. Чаще предпочитают чтение сомнительных популярных романов и активные просмотры так же сомнительных по культурному, интеллектуальному и моральному уровню телевизионных сериалов и фильмов. Родители крайне редко грамотно отслеживают и организуют развитие интересов у своих детей. В плане развития интеллектуально-культурного и морально-

нравственного уровня подростки предоставлены сами себе. У них единственный пример - их собственные родители. А те ведут себя так, потому что сами воспитывались аналогично. Они традиционно не готовы к правильному развитию своих детей, не осознавая, что низкий интеллектуально-культурный и морально-нравственный уровень не позволяют человеку достичь достаточно серьезных успехов в жизни, согласно своим ожиданиям и мечтам. Немаловажное значение они имеют при выборе спутника жизни и дружеского окружения. Выявленный в ходе исследования низкий уровень развития у подростков данных личностных качеств может неблагоприятно сказаться на их социализации, стать дополнительным поводом для усиления личной тревожности.

Результаты, характеризующие ориентацию на достижения, на активный отдых – высокие. Это может являться показателем активной жизненной позиции, с одной стороны. С другой стороны, подростки проявляют повышенную озабоченность своим будущим, возможностью состояться в жизни. Общество транслирует молодому поколению весьма высокие стандарты «жизненного успеха». Телевидение, радиовещание, уличная реклама непрерывно демонстрируют многочисленные атрибуты «красивой жизни», которая только и может быть целью. Окружающие подростка взрослые и родители ориентируют его на достижение высоких результатов, не учитывая его способности и возможности. Результат ставится во главу угла, ему подчиняется все – время, возможности ребенка, качество, интерес. Тем самым порождается высокий уровень тревожности, вырастающей из страхов «не успеть», «не оправдать», «не соответствовать». Благо, что хотя бы забота о своем здоровье в какой-то мере снижает уровень тревожности.

В заключение, стоит отметить достаточно высокий показатель степени важности для семьи порядка и организованности, финансового планирования, ясности и определенности внутрисемейных правил. Данная ситуация позитивна для подростка в семье. Когда существует установленный порядок, и ребенок к нему привык, то активизируются факторы, снижающие тревожность.

Проанализируем результаты, полученные по *опроснику И. Марковской (BPP)*.

Таблица 2

Результатами исследования, полученные по шкале взаимодействия родителей с детьми

Шкалы	Среднее		t-критерий Стьюдента
	Группа детей	Группа родителей	
Нетребовательность—требовательность	14,62	15,96	2,32*
Мягкость—строгость	12,68	12,76	0,12
Автономность—контроль	17,17	18,25	2,01*
Эмоциональная дистанция — близость	19,75	19,78	0,04
Отвержение—принятие	18,55	17,79	1,49
Отсутствие сотрудничества — сотрудничество	18,69	19,54	1,18
Несогласие—согласие	14,56	15,68	2,25*
Непоследовательность — последовательность	15,3	16,88	2,02*
Авторитетность родителя	20,04	18,48	2,27*
Удовлетворенность отношениями	21,9	20,78	1,81

*- различия на уровне $p=0,05$

По результатам исследования видно, что родители и дети по-разному воспринимают *требовательность* в семье. Родители считают, что хороших результатов в воспитании подростка можно добиться, предъявляя к нему достаточно высокие требования и добиваясь их исполнения. А дети ждут не высоких требований, а взаимопонимания, сотрудничества, уважения их как личностей. А ведь именно расхождения в ожиданиях ребенка и родителя являются важным фактором для повышения детской тревожности. Что и доказывает результат исследования по Стьюденту данного фактора.

Серьезные расхождения в ожиданиях и потребностях родителей и детей выявлены по такому показателю как, *автономность - контроль* по отношению к ребенку. Очевидно, что дети испытывают недостаток личной свободы и избыток родительского контроля. А это, в свою очередь, как будет видно из дальнейших наших исследований, мешает развитию детской самостоятельности и самоопределения, стремления к личностным достижениям, развивает неуверенность в собственных силах, боязнь сталкиваться с трудностями и т. д. Показатели по фактору автономность-контроль в данной методике еще раз подтверждают результаты, полученные по методике «Шкала семейных отношений». Если контроль адекватен, если он стимулирует развитие позитивных качеств подростка, то такой контроль необходим. Этот контроль – учитель. Но если контроль служит родителю, а не ребенку, подавляя его самостоятельность, индивидуальность, потребность в личной свободе, самоопределении, то тогда данный контроль – враг подростка, формирующий массу комплексов и тревожность.

Как видно из таблицы 2, статистически значимые различия получены по следующим шкалам: *несогласие-согласие между ребенком и родителем, непоследовательность – последовательность родителя. Согласие – несогласие* – это важное свидетельство зависимости уровня детской тревожности от того, насколько обе стороны готовы понять друг друга, принять друг друга, согласиться с мнениями и поступкам друг друга. Выше мы указывали, в опрошенных семьях родители и дети по-разному видят данную ситуацию, и именно поэтому прийти к совместному согласию получается далеко не всегда. На отсутствие согласия между родителями и детьми влияет подчас и непоследовательность родителей. Причины разные: недостаточные психолого-педагогические знания, воспитательные навыки; нежелание вникать в суть каждой конкретной ситуации; недостаточный уровень любви и понимания собственного ребенка, перепады настроения, собственные комплексы и т. д. Поэтому, находясь в подобной ситуации, ребенок не способен реагировать адекватно на такое воспитание. Различное поведение, различные ожидания, различные оценки родителями и детьми описанных факторов подтверждают их влияние на формирование детской тревожности.

Наличие или отсутствие взаимопонимания, эмоциональной близости, мягкости, строгости, уважения в ребенке личности и т. д., формирует авторитет родителя у ребенка. Однако в исследуемых нами семьях родители и дети по-

разному представляют себе важность авторитета родителя и его содержание. Дети дают высокую оценку значимости для них авторитетности родителя, что означает выраженное положительное отношение к родителю в целом. А сам родитель недооценивает, насколько его мнения и поступки влияют на подростка. Это свидетельствует о том, насколько важно со стороны родителей выстраивать свои взаимоотношения с подростком таким образом, чтобы ребенок уважал своих родителей, любил, гордился ими.

Наше исследование показывает, что и дети и родители близки в своих ожиданиях друг к другу по отношению степени к мягкости и строгости. И тот и другой хотят доброжелательных теплых взаимоотношений. При их наличии каждый член семьи может чувствовать себя комфортно. И подростки, и их родители нуждаются в эмоциональной близости, стремятся к ней, и это единодушие в своих ожиданиях подтверждает результаты наших исследований. Наличие сотрудничества между родителями и детьми как нельзя лучше отражает характер взаимодействия. Дети рассчитывают на большую самостоятельность и свободу, а родители на большую подчиненность детей и собственное влияние на их жизнь. Это несоответствие взаимных ожиданий также может усиливать детскую тревожность.

Подводя итог полученным нами результатам по данной методике, следует отметить такой фактор, как удовлетворенность отношениями между родителями и детьми. Это свидетельствует о том, что, несмотря на некоторую степень недовольства друг другом, взаимоотношения в семье на данном этапе удовлетворяют обе стороны. Возможно, эта ситуация объясняется так же ещё достаточно сильной привязанностью детей к родителям в силу их малого возраста, невысоким уровнем личностной самостоятельности и полной материальной зависимостью от старших.

Опираясь на результаты, полученные по шкале Спилбергера-Ханина по определению личностной и ситуативной тревожности, можно заключить, что для испытуемых характерен умеренный уровень личностной (37,4 балла) и ситуативной (38,2 балла) тревожности.

Корреляционный анализ полученных результатов позволил нам сформулировать следующие *выводы*.

1. Сплоченность членов семьи повышает авторитет родителя в глазах ребенка. Взаимосвязь этих факторов формируют уровень тревожности ребенка. Чем благоприятнее обстановка в семье по данным показателям – тем благополучнее психологическое состояние ребенка.

2. Чем выше конфликтность и уровень разобщенности в семье – тем более неудовлетворен ребенок взаимоотношениями с родителями, и тем выше уровень его тревожности.

3. Низкая заинтересованность родителей в повышении интеллектуально-культурного уровня ребенка создает условия для повышения его тревожности, т. к. у человека с низким уровнем культуры и образования появляются трудности в адаптации к меняющимся социальным условиям.

4. Уровень детской тревожности зависит от взаимодействия родителей и детей, их сотрудничества в процессе совместного активного отдыха.

5. При отсутствии активного участия родителей в морально-нравственном воспитании, тревожность подростков так же имеет тенденцию к повышению. Низкий морально-нравственный уровень воспитания - это трудности во взаимоотношениях в социальной среде, повышенная степень конфликтности в кругу общения.

6. Если в семье высокая степень иерархичности семейной организации, жестких семейных правил и процедур, контроля членами семьи друг друга, тогда нарушается сплоченность семьи и повышается тревожность ребенка.

7. Высокий уровень школьной тревожности усиливают такие факторы, как фрустрация потребности в достижении успеха, страх не соответствовать ожиданиям окружающих.

8. Отсутствие согласия и взаимопонимания во всех сферах взаимоотношений подростка является причиной значительного повышения его личностной тревожности.

В свою очередь, возможность открыто действовать и выражать свои чувства; мягкость во взаимоотношениях; эмоциональная близость; грамотно организованная самостоятельность; помощь и правильная установка в ориентации на высокие личные достижения; адекватное культурное и морально-нравственное воспитание; частое совместное с родителями участие в активном отдыхе; наличие в семье порядка и организованности в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности и определенности семейных правил и обязанностей, отсутствие страха самовыражения в школе и дома; доверительные, с высокой степенью взаимного уважения, отношения с преподавателями в школе – создают благоприятные условия для формирования сбалансированного уровня подростковой тревожности.

Литература

1. Бебчук М.А., Рихмаер Е.А. Практическая психодиагностика семьи: методическое пособие с приложениями. – М.: ИД «Бионика», 2012 – 148 с.

2. Дербенёв Д.П. Психическое здоровье и социальная адаптация в подростковом возрасте и управление ими в условиях социально-экономических перемен ; Твер. гос. мед. акад., Тверь 1998. – 94 с.

3. Зайцев Ю.А., Хван А. А.; Тревожность в подростковом и раннем юношеском возрастах (Диагностика. Профилактика. Коррекция). – Кемерово, 2006. – 265с.

4. Немов Р.С. Психология: Учебник для студентов педагогических ВУЗов: в 3 кн. – 3-е изд. – М.: ВЛАДОС, 1999. – Кн.3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – 632 с.

Аленин П.Н.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Предметом особой заботы государства и общества являются обеспечение, сохранение жизни и здоровья граждан. В осуществлении этой социальной задачи большая роль принадлежит медицинскому работнику, его профессиональной деятельности и нравственной позиции.

По данным Росстата в 2012 году дефицит кадров в сфере здравоохранения составляет порядка 40 тысяч специалистов. Среди врачей-специалистов самые популярные профессии — стоматолог (63,2 тысячи) и акушеры-гинекологи (43,9 тысяч). Самые малочисленные специальности – врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине (4 тысячи) и фтизиатры (8,8 тысяч).

При анализе вышеуказанных данных вызывает особое опасение численность врачей-фтизиатров. По статистике Всемирной Организации Здравоохранения туберкулез является второй по значимости причиной смерти от какого-либо одного инфекционного агента, уступая лишь ВИЧ/СПИДу. Несмотря на то, что туберкулез является социально-значимым заболеванием, количество врачей-фтизиатров неизменно сокращается. За 2012 год оно вновь уменьшилось с 5,5 до 5,4 на 100 000 населения, а в целом с 2005 года по 2012 год Россия потеряла 1 293 врачей-фтизиатров. Динамика численности врачей-фтизиатров указывает, прежде всего, на отсутствие притока новых кадров в данную специальность. В свою очередь, причины такого положения необходимо искать в особенностях профессионального самоопределения молодежи, его ценностных ориентации на современном этапе развития российского общества.

Профессиональное становление личности начинается задолго до того, как человек приступает к профессиональному обучению и осуществлению профессиональной деятельности. На профессиональный выбор человека оказывают влияние множество факторов. В психологии профессиональное становление личности описывают посредством определения внешних и внутренних факторов. К внешним факторам можно отнести мнение ближайшего окружения (близкие, друзья, родственники, учителя, одноклассники), престижность профессии, создаваемая СМИ и наблюдаемыми показателями экономических выгод, возможность и доступность соответствующего уровня обучения. К внутренним факторам, которые являются в основном психологическими, относятся профессиональные интересы, склонности, способности, умение. К внутренним факторам также можно отнести медицинские показания или противопоказания к профессии.

Весь профессиональный путь Дж. Сьюпер разделил на пять этапов[1, 323]. Прежде всего, он определил выяснение индивидом своих склонностей и

способностей и поиск подходящей профессии, актуализирующей профессиональную «Я-концепцию». Для выявления особенностей процесса профессионального самоопределения актуальными являются первоначальные этапы:

1. Этап «роста» (от рождения до 14 лет): начало развития «Я-концепции» в играх, потом в различных занятиях, проявление задатков, интересов, которые могут повлиять на выбор будущей профессии.

2. Этап «исследования» (от 15 до 24 лет): определение потребностей, интересов, способностей, ценностей и возможностей, к концу данного этапа происходит определение профессии и начало ее освоения [1, 324].

Профессионализация касается первых этапов, и в последующих, таких как стадия «консолидации», целью которой является нахождение устойчивой профессиональной позиции, включающая этапы «пробы» (самоутверждение в поле деятельности или повторный выбор, 25–30 лет) и «стабилизации» (направление всех усилий в одно русло, 31–44 года) и стадия «сохранения» характеризуемая стремлением сохранить статус (45–64 года), происходит уже становление индивида в выбранной им профессии.

Процесс профессионализации является актуальной проблемой социологии. Ей посвящено значительное количество исследований и публикаций. В частности, работа В.Е. Семенова «Ценностные ориентации и проблемы современной молодежи» [6], освещает особенности системы ценностей у современной молодежи. Автор отмечает отличия профессиональных ориентаций советской молодежи от современной. На основе исследования НИИКСИ СПбГУ (2002-2006 г.), были выявлены приоритеты молодого населения. В системе ценностей современной молодежи на первом месте находятся материальные ценности. Если в 70-е годы ценность «интерес к работе» была на первом месте, то у современной молодежи она находится лишь на 3-м месте. Быть рабочим, техником, инженером стало непрестижным. Происходит смена «героев труда» «идолами потребления» (всевозможные шоумены, поп-звезды, юмористы, пародисты, астрологи, модные журналисты, сексологи и т.п.). По результатам исследования становится видно, что на молодежь огромное влияние оказывают СМИ, как правило, пагубное. Автором замечается, что требуется серьезная работа в направлении воспитания у нового поколения духа патриотизма и принципов социальной справедливости и нравственности [6, 39]. Этот же вопрос поднимает А.В. Соколов в своей статье «Интеллектуально-нравственная дифференциация современного студенчества», выявляя положительные и отрицательные стороны поведения современной молодежи. На основании опроса представителей молодежи формируется понимание системы ценностей нынешнего поколения [8]. Автор подразделяет студенчество на 3 группы: интеллектуальную элиту, неинтеллектуальную народную массу и маргиналов. В свою очередь, автор подразделяет интеллектуальную элиту на 2 подвида «интеллигентов» и «интеллектуалов». И тем, и другим характерны такие черты как образованность и креативность, это объединяет их в интеллектуальном слое, отличием является этическое самоопределение. Интеллигенту свойственна: а) альтруистическая

направленность личности; б) отказ от принципа «хождения по головам»; в) трепетное отношение к культуре. Вот жизненное кредо интеллигента XXI века: «Я искренне верю, что мои друзья и я сможем достигнуть всего, чего захотим, и, что важно, остаться людьми и не забыть про нравственный закон, который внутри каждого из нас» [8, 43]. Жизненная позиция интеллектуала характеризуется иными нормами: а) эгоистическая направленность; б) допустимость насильственных действий по принципу «цель оправдывает средства»; в) утилитарное потребление культуры. Будущему интеллектуалу принадлежат слова: «Мне нравится в моих сверстниках их наглость, так как сейчас необходимо быть пробивным и наглым, чтобы добиться своих целей» [8, 44]. Именно интеллектуальная элита, т.е. студенты, стремящиеся к получению высшего образования, нацелены на престижную профессию, среди которых и находится медицина.

Схожие результаты наблюдаются у С.В. Явона в его статье «Ценностные ориентации молодежи среднего Поволжья» [9]. Исследователь, на основании анализа проведенного исследования, выявляет, что на первом месте в системе ценностей молодежи располагается «высокий заработок, материальное благополучие» (19%), «дело по душе, интересная работа» (15%) и, наконец, «хорошие отношения в семье» – 12,1%. С.В. Явоном отмечается ценность профессионального образования для молодежи, которая проявляется в предпочтительности работать по специальности. Получение образования расценивается как инвестиция в будущую статусную позицию. В итоге автор замечает, что доминантная ценность – материальный достаток – совмещается с такими важными ценностями, как интересная работа (дело по душе), семья и дружба.

Проблему жизненного определения изучает С.В. Скутнева [7]. В своей статье «Стратегии жизненного самоопределения молодежи в трудовой сфере» основанной на анализе исследования (Тольятти, 2002), ученый подчеркивает, что большинство молодых людей высоко оценивают важность качественного образования. Опираясь на результаты опроса, автор так же дает оценку профессиональным стратегиям молодежи. Большинство из них планирует открыть «свое дело» или работать в коммерческих организациях, и лишь небольшой процент видит свое будущее в государственных организациях. Так же, при изучении ответов респондентов были выявлены некоторые негативные тенденции. В частности, коммерческие фирмы предпочитают нанимать на работу, даже не требующую высокой квалификации, выпускников вузов. Это оказывает влияние на структуру ценностей и жизненные планы молодежи и снижает адекватное самоопределения студентов. На современном этапе характер профессионального самоопределения молодежи можно идентифицировать как двойственный: с одной стороны, наблюдается «идеальное» намерение, основывающееся на интересе к специальности, ее освоении и последующей реализации своей профессиональной подготовки в процессе последующей трудовой деятельности, с другой, следовать такому плану, как правило, затруднительно, и выпускники ставят перед собой в качестве цели вариант менее для них привлекательный, но более реальный –

найти любую работу, не обязательно по специальности, но обеспечивающую приемлемый доход. Социальная опасность этой тенденции проявляется в следующем. «При сохранении низкой оплаты труда в государственных структурах и высокой значимости материальной обеспеченности у выпускников вузов растет предпочтение трудоустройства в коммерческой сфере при соответствующем падении престижа госструктур в ущерб трудоустройству по специальности. В силу этого возможна ситуация, при которой вузы практически будут давать профессиональное образование лишь номинально» [7, 90].

В.В. Выборнова и Е.А. Дунаева в своей публикации «Актуализация проблем профессионального самоопределения молодежи», анализируют иные факторы феномена профессионализации, выделяя этапы профессионального самоопределения [2]. Отмечается, что проблема выбора жизненного пути, профессиональное самоопределение возникает в определенный момент у всех молодых людей: одни решают эту проблему к моменту окончания неполной средней школы (9 классов), другие – 11-го класса, третьим меняют свои планы после окончания профессионального учебного заведения. По мнению автора, целесообразно было бы не разделять направления на «техническое» и «гуманитарное», а предоставить право учащимся самим определять круг необходимых для их дальнейшего профессионального образования дисциплин. В итоге авторы выделяют модели профессионального самоопределения молодежи. Первая модель: основная часть молодежи, оканчивающей среднюю школу (среднее профессиональное учебное заведение) ориентирована на высшее образование. При этом содержание и характер труда не являются преобладающими мотивами выбора профессии, что чревато «последствиями» в будущем.

Вторая модель: формы профессионального образования и формы его получения «размыты». Ситуация носит случайный характер, а основным фактором становится возможность поступить в то или иное профессиональное учебное заведение. Третья модель: поиск будущего места трудовой деятельности. Модель характерна для мегаполисов и областных центров, где возможность найти работу намного выше, чем в малых городах и селах. Основной контингент – молодежь из групп риска. Ввиду отсутствия квалификации и профессии положение данной группы на рынке труда неустойчиво, а шансы получить профессиональное образование невелики [2, 101].

Небольшой приток кадров в определенную сферу деятельности обусловлен изменением системы ценностей у современной молодежи. Влияние средств массовой информации, а так же преобладание прагматических ценностей делают профессию врача не приоритетной для молодежи. Несмотря на то, что «врач» остается престижной профессией, для многих представителей современной молодежи она не является привлекательной в силу своих бюджетных «корней». Но и в понятие «престижность» в системе ценностей велика роль материальной составляющей. Поэтому среди врачей растет процент именно тех специализаций, которые, по мнению студентов, будут приносить им наибольший доход, (например, стоматолог). По этой же причине, большинство представителей молодежи стремится к работе в коммерческих

организациях. Увеличение заработной платы и улучшение социальных гарантий для врачей-фтизиатров и других «бюджетных» сфер медицины, в этой связи, является действенным фактором увеличения профессиональных кадров для этих специализаций.

Литература

1. Буланова-Топоркова М.В. «Педагогика и психология высшей школы». – Ростов-на-Дону, Феникс, 2002. – 544 с.
2. Выборнова В.В., Дунаева Е.А. Актуализация проблем профессионального самоопределения молодежи // Социологические исследования. – № 4. – С. 99-105.
3. Ефимова И.А., Камаев И.А., Поздеева Т.В., Позднякова М.А., Большакова О.М. Актуальные вопросы кадрового обеспечения здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002. – № 1. – С. 20-23.
4. Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации, Приказ МЗ РФ № 210 от 03.07.02.
5. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социологические исследования. – 2004. – № 7. – С. 61-79.
6. Семенов В.Е. Ценностные ориентации и проблемы воспитания современной молодежи // Социологические исследования. – 2007. – № 4. – С. 37-43.
7. Скутнева С.В. Стратегии жизненного самоопределения молодежи в трудовой сфере // Социологические исследования. – 2006. – № 10. – С. 88-94.
8. Соколов А.В. Интеллектуально-нравственная дифференциация современного студенчества // Социологические исследования. – 2005. – № 9. – С. 41-45.
9. Явон С.В. Ценностные ориентации молодежи среднего Поволжья // Социологические исследования. – 2012. – №5. – С. 89-95.

Харитонов Е.В.

г. Краснодар, Россия

АНОО ВПО «Институт экономики и управления
в медицине и социальной сфере»

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОДЫ СРЕДНЕЙ И ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Пожилой возраст, его восприятие человеком как периода жизни, несущего новое мирозерцание и мироощущение, – все это издавна занимало умы человечества. Исследователи находят в старости как положительные, так и отрицательные черты. Нельзя не согласиться с тем, в пожилом возрасте некоторые физические и психические функции человека угасают. Это закономерный процесс естественного старения, но их заменяют

обширные богатства накопленного опыта, высокий уровень суждений, а нередко и стремление к самоактуализации. Последнюю, в общем-то, не принято рассматривать в связи с проблемой пожилого возраста, что, на наш взгляд, неверно. Ведь говоря о том, что рассматриваемый возраст – это некий спад, неблагоприятный период жизни или возраст потерь, не стоит забывать о том, что также это этап, характеризующийся положительными сдвигами, которые являются компенсаторными или приспособительными в новых условиях жизни [1, 156; 2, 230; 5, 780]. Это свидетельствует о способности пожилых людей творчески адаптироваться к ним, а, следовательно, и проявлять одно из ярких свидетельств самоактуализации личности. Перед каждым человеком пожилого возраста встают вопросы о смысле и образе дальнейшей жизни, о выработке собственного отношения к пожилому возрасту, собственной установки: как быть старым. Различные формы поведения пожилых людей в однотипных ситуациях отражают индивидуальные особенности реагирования на собственное старение. Однако личность пожилого человека, претерпевая известную трансформацию, все же остается сама собою, сохраняя индивидуальные черты, в том числе и способность к самоактуализации [1, 160]. Поведение человека перед лицом старости в большей степени зависит от зрелости его взглядов, являющейся необходимым условием процесса самоактуализации. Тем, как он строил свой жизненный путь в целом, насколько стремился к реализации последней, определяется то, насколько адаптивной, успешной будет жизнь пожилого человека. В этом смысле очень важно, что человек несет в себе, какова система его жизненных ценностей, установок, всего внутреннего строя личности, в том числе и способность к самоактуализации, которой именно в пожилом возрасте, на наш взгляд, уделяется недостаточное внимание. Возможно, это связано с тем, что данная проблема чрезвычайно сложна. Кроме того, не существует достаточно конкретного ее обоснования, не найдено и не предложено адекватных вариантов ее решения. Разработка методов измерения и оценки качества жизни в российской ментальности стала весьма актуальной проблемой. Решение этой проблемы предполагает, во-первых, создание системы показателей, отражающих все основные аспекты жизни людей, и оценочных критериев для этих показателей, а, во-вторых, разработку метода расчета интегрального показателя качества жизни населения страны в целом, ее разных регионов и отдельных социальных групп [6, 34].

Понятие «качество жизни» родилось как попытка числового выражения особенностей социально-экономической среды жизни людей. Качество жизни определялось как функция следующих параметров: психическое здоровье, рождаемость, смертность, количество больниц, медицинского персонала, курение, потребление алкоголя, наркотиков, государственное ассигнование на лечение др. Каждому из перечисленных параметров придаются условные веса и с помощью теории игр выводятся индикаторы, представленные в виде риска

или оценки здоровья. Под качеством жизни понимается совокупность жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развитие человека, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой.

Другой распространенный подход – выяснение сущности понятия качества жизни на основе социологических опросов, т.е. качество жизни рассматривается как субъективный показатель [4, 55]. Близкое совпадение жизненных стереотипов и возможности их реализации дает максимальные значения по этому показателю. Оба эти подхода по отдельности не дают желаемого результата, т.е. необходим интегрированный подход, который будет включать изучение как объективных, так и субъективных показателей, определяющих понятие «качества жизни». Все выше обозначенное обуславливает актуальность рассматриваемой нами проблемы.

В качестве гипотезы исследования выступило предложение, что имеется специфика субъективного восприятия качества жизни и самоактуализации личности, а также их взаимосвязи в зрелом и пожилом возрасте.

В процесс исследования нами были использованы следующие методики: для оценки особенностей субъективного восприятия качества жизни – методика «Интегральная оценка качества жизни» в адаптации Н.П. Фетискина [7], для оценки особенностей самоактуализации личности – методика А.В. Лазукина в адаптации Н.Ф. Калина «Диагностика самоактуализации личности» [3]. В качестве методов математической обработки – сопоставление выборок по качественно определяемому признаку с помощью многофункционального критерия Фишера, корреляционный анализ с использованием r -коэффициента Пирсона.

Всего были исследованы 30 человек зрелого возраста (15 мужчин и 15 женщин) и 30 пожилого возраста (15 мужчин и 15 женщин). Совокупная выборка составила 60 человек.

В целом полученные нами результаты можно представить в виде следующих положений.

Вне зависимости от возраста для респондентов характерно на фоне среднего восприятия социально-экономического качества жизни и качества семьи, довольно низкое восприятие качества общества (социальной среды, макросреды) и качество жизненных перспектив и их реализации. При этом у респондентов зрелого возраста выше субъективное восприятие качества эпохи и качества самореализации, по сравнению с пожилыми людьми.

Респонденты зрелого возраста чаще называли в качестве основных причин социальных настроений такие позитивные характеристики как уверенность в завтрашнем дне, понимание своего места в системе социальных настроений, готовность к любым социальным изменениям, удовлетворенность своей социальной позицией и реализованностью в профессиональной деятельности, а также уверенность в жизни.

В качестве факторов, позитивно связанных с субъективным восприятием качества жизни выступают такие параметры как пенсионный стаж, семейное положение, а также качество взаимоотношений с родственниками и хобби.

Вне зависимости от возраста у респондентов параметры самоактуализации выражены не значительно. Наиболее выраженными параметрами являются взгляд на природу человека, спонтанность, сензитивность, контактность и гибкость поведения.

В качестве факторов, позитивно связанных с параметрами самоактуализации личности выступает качество взаимоотношений с родственниками, отрицательно связанных – возраст, семейный статус, и хобби.

Чем выше субъективное восприятие социально-личностного качества жизни: тем выше уровень поддержки, т.е. направленности личности на себя и направленность на других, руководствуется ли в жизни человек своими собственными целями, убеждениями, установками, принципами, или он подвержен влиянию внешних сил, конформен и т.д.; тем степень спонтанности выше, т.е. человек способен выражать свои чувства в заранее непродуманных действиях.

Чем выше субъективное восприятие качества эпохи: тем выше уровень спонтанности, т.е. способность выражать свои чувства и быть самим собой; тем выше степень контактности, т.е. устанавливать глубокие и тесные контакты с окружающими; тем выше уровень креативности, т.е. направленность личности на развитый творческий потенциал.

Чем выше субъективное восприятие качества самореализации: тем выше степень синергичности, т.е. способность к целостному восприятию мира и людей, способность находить закономерные связи во всех явлениях жизни; тем выше познавательные способности, т.е. степень выраженности у человека стремления к приобретению знаний об окружающем мире.

Чем выше субъективное восприятие качества свободы и жизненных ограничений: тем степень спонтанности выше, т.е. человек способен выражать свои чувства в заранее непродуманных действиях

Средняя зрелость.

Чем выше субъективное восприятие социально-личностного качества жизни: тем ниже степень гибкости поведения, т.е. способность человека быстро реагировать на изменяющуюся ситуацию, гибкость, разумность в применении некоторых стандартных принципов; тем ниже уровень самопринятия, т.е. способность человека принимать себя вопреки своей слабости.

Чем выше субъективное восприятие качества семьи: тем ниже уровень самопринятия, т.е. способность человека принимать себя вопреки своей слабости; тем уровень креативности ниже, т.е. высокий развитый творческий потенциал.

Чем выше субъективное восприятие качества эпохи: тем выше степень креативности, т.е. высокий развитый творческий потенциал.

Чем выше субъективное восприятие качества свободы и жизненных ограничений: тем уровень сензитивности позитивнее, т.е. степень того, насколько человек глубоко и тонко ощущает себя, свои собственные переживания и потребности; тем степень спонтанности выше, т.е. способность спонтанно выражать свои чувства и быть самим собой.

Поздняя зрелость.

Чем выше субъективное восприятие социально-экономического качества жизни: тем выше уровень поддержки, т.е. степень направленность личности на себя и направленности на других, то есть, руководствуется ли в жизни человек своими собственными целями, убеждениями, установками, принципами.

Чем выше субъективное восприятие качества семьи: тем выше уровень поддержки, т.е. степень направленность личности на себя и направленности на других, то есть, руководствуется ли в жизни человек своими собственными целями, убеждениями, установками, принципами; тем позитивнее степень гибкости поведения, т.е. способность человека быстро реагировать на изменяющуюся ситуацию, гибкость, разумность в применении некоторых стандартных принципов; тем уровень сензитивности позитивнее, т.е. степень того, насколько человек глубоко и тонко ощущает себя, свои собственные переживания и потребности; тем уровень познавательных способностей выше, т.е. способность выраженности у человека стремления к приобретению знаний об окружающем мире.

Чем выше субъективное восприятие качества здоровья: тем выше уровень поддержки, т.е. степень направленность личности на себя и направленности на других, то есть, руководствуется ли в жизни человек своими собственными целями, убеждениями, установками, принципами.

Чем выше субъективное восприятие качества эпохи: тем степень спонтанности выше, т.е. способность спонтанно выражать свои чувства и быть самим собой.

Чем выше качество свободы и жизненных ограничений: тем ниже степень самопринятия, т.е. способность человека принимать себя вопреки своей слабости.

Таким образом, параметры субъективного восприятия качества жизни и самоактуализации личности теснейшим образом связаны друг с другом: наиболее выраженные связи выявлены между особенностями самоактуализации личности и таких параметров субъективного восприятия качества жизни как: социально-личностное качество жизни, качество эпохи, качество самореализации, качество свободы и жизненных ограничений; в свою очередь, наиболее тесным образом связаны с субъективным восприятием качества жизни такие параметры самоактуализации личности как: потребность в познании, креативность, поддержка, спонтанность, контактность, синергичность.

Вне зависимости от возраста респондентов субъективное восприятие качества эпохи и качества свободы и жизненных ограничений выше у

личности, стремящейся к самоактуализации. Для пожилых людей характерны также положительные связи параметров самоактуализации с социально-личностным качеством жизни и качеством здоровья. Для людей зрелого возраста характерен отрицательный характер связи параметров самоактуализации и субъективного восприятия социально-экономического качества жизни и качества семьи.

Полученные результаты свидетельствуют лишний раз о необходимости организации психологического сопровождения как людей пожилого, так и людей зрелого возраста. Учитывая схожесть медицинских и социальных показателей качества жизни исследованных респондентов, важно не только оценивать объективные показатели качества жизни личности, а и их субъективное восприятие. Тем более, учитывая их тесную связь с параметрами самоактуализации личности.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Диалектика развития личности в поздние годы жизни // Современная психология: состояние и перспективы исследований. М.: «Институт психологии РАН», 2002. – Ч. 3: Социальные представления и мышление личности. – С. 153–170.
2. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. – М: изд-во «Институт психологии РАН», 2006. – 515 с.
3. Гозман Л.Я., Кроз М.В. Измерение уровня самоактуализации личности //Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.С. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. – М., 1984.
4. Зараковский Г.М. Качество жизни населения России: психологические составляющие. – М.: Смысл, 2009. – 320 с.
5. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: Питер, 2002. – 992 с.
6. Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. – 170 с
7. Фетискин П., Кулайкин В.И., Миронова Т.И. Психодиагностика качества жизни в российской ментальности. – М.; Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2006.

Стратегии медико-социальной работы с различными социальными группами населения

Кром И.Л.¹, Еругина М.В.², Новичкова И.Ю.¹

г. Саратов, Россия

¹Институт социального образования
(филиал) РГСУ в г. Саратове,

Центр медико-социологических исследований

² ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

СОВРЕМЕННАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В последние десятилетия в России отмечается увеличение числа больных, страдающих различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, в том числе – находящихся в терминальной стадии, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи.

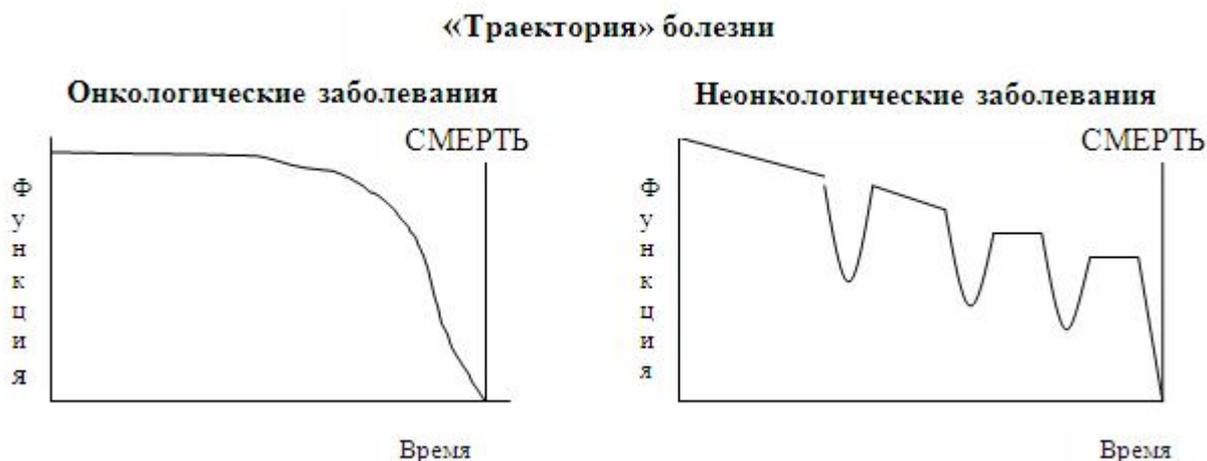


Рис. 1. «Траектории» хронических заболеваний [1]

Паллиативная помощь не ограничивается оказанием помощи больным с каким-то определенным диагнозом. Паллиативная помощь должна быть предоставлена любому пациенту и членам его семьи, которые несут бремя проблем (или проблемы могут вскоре появиться), вызванных угрожающим жизни заболеванием, вне зависимости от диагноза, прогноза и возраста больного. Паллиативная помощь должна быть предоставлена в любое время, когда появляется в ней необходимость, и пациент и его родственники готовы ее принять. Паллиативная помощь может дополнять и расширять возможности радикальной терапии (направленной на борьбу с конкретным заболеванием) [2].

Впервые Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила паллиативную помощь как отдельное направление медицины в 1982 г., паллиативная помощь рассматривалась как уход за человеком в последние дни его жизни. В этом определении речь шла только о «пациентах, страдающих

заболеваниями, которые не поддаются излечению» [3]. В настоящее время паллиативная помощь – это комплексный подход, цель которого – обеспечить достижение максимально возможного в сложившейся ситуации качества жизни пациента с неизлечимым (смертельным) заболеванием, а также членов его семьи, путем предотвращения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению и точному диагностированию (оценке) проблем, которые возникают, и проведения адекватных лечебных мероприятий (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также предоставление социальной, психологической и духовной поддержки [4]. В основе паллиативной помощи лежит междисциплинарный подход, в процесс оказания помощи вовлекаются и сам пациент, и его родные. Паллиативная помощь – неотъемлемая часть всех медицинских услуг пациентам с хроническими болезнями и не рассматривается только как «дополнение или излишество». Паллиативная помощь должна оказываться пациентам с момента постановки диагноза хронического заболевания [5].

Целью паллиативной помощи является достижение максимально возможного в сложившейся ситуации качества жизни больных и членов их семей.

Не только инкурабельные пациенты, но и их родственники сталкиваются со многими медицинскими, психологическими, физическими, социальными и экономическими проблемами, вызванными тяжелым заболеванием (необходимость купирования болевого синдрома, уменьшения тягостных соматических проявлений заболевания и осуществления адекватного общего ухода, потребность в психологической поддержке, усложнение финансовых проблем семьи и т.д.), что резко ухудшает качество их жизни. В связи с этим, актуальными являются не только медицинские, но и социальные, психологические, экономические аспекты оказания паллиативной помощи инкурабельным больным и членам их семей.

Всемирная организация здравоохранения формулирует следующие задачи паллиативной помощи [6, 3].

Паллиативная помощь:

- обеспечивает облегчение страданий, вызванных болью и другими мучительными симптомами;
- не связана намерениями ни ускорить, ни отсрочить смерть;
- интегрирует психологическую и духовную поддержку пациента;
- предлагает и реализует систему мер поддержки, призванной обеспечить пациенту возможность жить как можно активнее до момента смерти;
- предлагает и реализует систему мер поддержки семьи больного, призванной обеспечить возможность психологически справиться во время болезни пациента и с его смертью;
- реализует комплексный междисциплинарный подход к удовлетворению потребностей пациента и его семьи;
- направлена на повышение качества жизни пациента и связана с положительным влиянием на течение болезни;

– применяется на ранних стадиях болезни в сочетании с другими методами лечения, которые предназначены для продления жизни (напр. химиотерапия), и включает в себя исследования, необходимые для лучшего понимания и управления клиническими осложнениями.

Паллиативная помощь показана [7].

– больным с тяжёлым болевым синдромом или иными страданиями, связанными с заболеваниями;

– больным в терминальной стадии болезни (end-of-life);

– больных, которые в результате тяжёлых деформирующих травм лица или в результате генетического заболевания (нейрофиброматоз) фактически лишились лица и нуждаются в трансплантации лица;

– больных орфанными (редкими) заболеваниями;

– семей указанных выше больных;

– семей тяжелобольных детей;

– лица пожилого возраста, не способные самостоятельно обеспечить себе уход и страдающие от симптомов болезней.

В Резолюции Парламентской Ассамблеи Совета Европы № 1649 (2009) от 28.01.2009 [8] паллиативная помощь определяется как образец инновационного подхода к здравоохранению и социальной политике и выделяется 4 направления паллиативной помощи:

– управление симптомами;

– психологическая, духовная и эмоциональная поддержка;

– поддержка семьи больного;

– помощь в связи со смертью близкого человека.

Паллиативная помощь оказывается на трёх уровнях [9].

Паллиативный подход (при оказании медицинской помощи) – интеграция методов и принципов паллиативной помощи в процесс оказания общих медицинских услуг (например, терапии, гериатрии и т.п.);

Общая паллиативная помощь – предоставление медицинских услуг нуждающимся в паллиативной помощи пациентам в учреждениях различных уровней специалистами, для которых оказание паллиативной помощи не является основным видом клинической практики (специалисты первичной медицинской помощи, онкологи, геронтологи (врачи-гериатры), высококвалифицированные медицинские сестры и медицинские сестры-специалисты);

Специализированная паллиативная помощь показана больным в терминальном состоянии. Оказывается специалистами паллиативной помощи в отделениях паллиативной помощи или хосписах. На 3 уровне должны работать специалисты здравоохранения и социальной сферы, имеющие специализацию по паллиативной помощи и сертификат.

В современной России происходит процесс институционализации паллиативной помощи, цель которой заключается в достижении максимально возможного уровня здоровья, качества жизни и ресоциализации лиц, находящихся в ситуации болезни. Институционализация паллиативной помощи

в России рассматривается нами как процесс формирования интегративного социального института.

В 2011 году впервые в России было законодательно закреплено новое направление здравоохранения и социальной помощи населению – паллиативная помощь. Следует отметить, что в интерпретации принятых в России законов (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ и Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению») паллиативная помощь медиализируется, рассматривается как паллиативная медицинская помощь, что определило характер и содержание паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями в России. Медиализация паллиативной помощи в России определяется нами как дисфункция формирующегося социального института паллиативной помощи.

В настоящее время очевидна необходимость научного осмысления междисциплинарного контекста феномена паллиативной помощи. Перспективы функционирования института паллиативной помощи в России связаны с формированием целостной интегративной системы, внутренней структурной и функциональной согласованности, что позволит избежать дисфункциональных практик формирующегося социального института.

Состояние общественного здоровья в современной России, рост заболеваемости и инвалидизации населения России при хронических заболеваниях во всех возрастных группах предполагает необходимость конструирования новых подходов и преодоление медиализации в формировании стратегий паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями.

Литература

1. Г.А. Новиков [и др.] // Практическая медицина. – 2009. – № 4.
URL: <http://pmarchive.ru/palliativnaya-pomoshh-v-rossijskoj-federacii-sovremennoe-sostoyanie-i-perspektivy-razvitiya/> (дата обращения: 14.2.2014).
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB), 2007. www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1
3. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1990.
4. WHO Definition of Palliative Care [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (дата обращения: 14.2.2014).
5. Better Palliative Care for Older People / Ed. by E. Davis and I.J. Higginson. – Geneva: World Health Organization, 2004. – 40 p.
6. Palliative Care. Cancer Control. Knowledge into Action / WHO Guide for Effective Programmes. Geneva: World Health Organization, 2007. – 42 p.
7. Better Palliative Care for Older People / Ed. by E. Davis and I.J. Higginson. – Geneva: World Health Organization, 2004. – 40 p.

8. Recommendation of the Committee of Ministers Rec (2003) 24E to member states on the organisation of palliative care (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers Deputies) // <<https://wed.coe.int/VjewDoc.jsp?id=85719>

9. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. Part 1.

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=N1uAGD7xuHY%3D>

Еругина М.В.¹, Кром И.Л.²

г. Саратов, Россия

¹ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ,

²Институт социального образования

(филиал) РГСУ в г. Саратове,

Центр медико-социологических исследований

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ ОПТИМИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регламентировано оказание медицинскими организациями медицинской помощи в зависимости от вида, условий и формы ее оказания.

К видам медицинской помощи относятся: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь и паллиативная медицинская помощь. До принятия указанного закона паллиативная помощь не рассматривалась как самостоятельный вид медицинской помощи, но оказывалась населению при некоторых заболеваниях и состояниях.

Законом определены условия оказания медицинской помощи населению: вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре и стационарно.

Медицинская помощь может оказываться в экстренной, неотложной и плановой форме. Экстренная медицинская помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Неотложная медицинская помощь – при тех же обстоятельствах, но при отсутствии явных признаков угрозы жизни пациента. Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Закон определяет Паллиативную медицинскую помощь как комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и регламентирует ее оказание медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Статья 37 ФЗ № 323 регламентирует при организации и оказании медицинской помощи руководствоваться порядками ее оказания, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также оказывать медицинскую помощь на основе стандартов медицинской помощи. Порядки и стандарты утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям и включает в себя этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача), стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений, рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. N 932 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, согласно которой гражданам гарантируется бесплатное оказание паллиативной медицинской помощи (статья 80).

При оказании медицинской помощи всех законодательно обусловленных видов медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Финансовое обеспечение оказания гражданам паллиативной медицинской помощи осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и за счет иных источников.

Организация оказания населению субъекта Российской Федерации паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации, относится к полномочиям органов государственной власти субъекта в сфере охраны здоровья.

Программа госгарантий, помимо условий оказания паллиативной медицинской помощи, ее финансирования, устанавливает средние нормативы объема медицинской помощи в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования - в расчете на 1 застрахованное лицо, которые используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой. Предусматривается развитие стационарной паллиативной помощи, вероятнее всего, коечный фонд для данного вида будет формироваться в результате реструктуризации коек по иным видам медицинской помощи, там, где зачастую он является избыточным. Так, нормативы составляют для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2014 год – 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год – 0,112 койко-дня на 1 жителя, на 2016 год – 0,115 койко-дня на 1 жителя.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2014 год составляют 1654,3 руб. на 1 койко-день в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода).

Из перечисленных в Программе госгарантий критериев доступности и качества медицинской помощи применительно к паллиативной помощи отметим следующие:

- удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского, сельского населения (процентов от числа опрошенных);
- доля расходов на оказание паллиативной медицинской помощи в общих расходах на территориальную программу.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1343н утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Данный Порядок устанавливает правила оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, направленной на улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан, за исключением больных ВИЧ-инфекцией.

Согласно порядку паллиативная медицинская помощь может оказываться в дневном стационаре, амбулаторно и в стационарных условиях.

Амбулаторные условия не предусматривают круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. Условия дневного стационара предусматривают медицинское наблюдение и лечение в дневное время. Стационарные условия обеспечивают круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Паллиативная медицинская помощь может осуществляться медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор медицинской организации и врача.

Паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимым больным, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе.

Оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным осуществляется врачами по паллиативной медицинской помощи, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, во взаимодействии с врачами-специалистами по профилю основного заболевания пациента и другими врачами-специалистами.

Медицинские работники, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, руководствуются рекомендациями врачей-специалистов, прошедших обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи.

Сведения о медицинских организациях, в которых можно получить данный вид медицинской помощи, доводятся до граждан лечащими врачами, в том числе путем размещения в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также бригадами отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается в дневных стационарах паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи и центрах паллиативной медицинской помощи.

Направление больных в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) и врачи-специалисты по профилю основного заболевания больного.

В медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара, осуществляется проведение лечебных мероприятий, определение медицинских показаний для направления больного на стационарное лечение, при наличии медицинских показаний организуется консультация врачей-специалистов.

При отсутствии возможности оказания больному паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара, пациент в плановом порядке направляется в медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение паллиативной медицинской помощи или центр паллиативной медицинской помощи.

Этим же приказом утверждены Правила организации деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи, дневного стационара паллиативной медицинской помощи, отделения паллиативной медицинской

помощи, центра паллиативной медицинской помощи, рекомендуемые штатные нормативы указанных структурных подразделений, стандарты оснащения.

Помимо единого общего порядка оказания паллиативной помощи взрослому населению, такой вид медицинской помощи как «паллиативная» включен в порядки оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология», «терапия», «онкология», «детская онкология», в порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы, в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

В 2012 году утверждены девять стандартов специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях различных локализаций, включающие паллиативное химиотерапевтическое, эндоскопическое лечение, паллиативную химиолучевую терапию и сочетанную лучевую терапию.

Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» в числе прочих мер предусматривает меры по созданию дружественного к ребенку здравоохранения, в частности, «обеспечение создания сети учреждений (отделений), служб, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям, страдающим неизлечимыми заболеваниями». При этом порядок оказания паллиативной помощи детям пока не утвержден.

В Положении об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н) определено, что поликлиника является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь, и организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также паллиативной медицинской помощи населению.

С развитием паллиативной медицины соответствующими изменениями дополнена номенклатура медицинских работников – наименование специальности «врач по паллиативной медицинской помощи», номенклатура медицинских организаций – «центры паллиативной медицинской помощи (в том числе детские)», номенклатура коечного фонда по профилям медицинской помощи:

Профиль медицинской помощи	Профиль койки
онкология	онкологические паллиативные
паллиативная медицинская помощь	паллиативные, сестринского ухода

Выводы:

1. В Российской Федерации создано нормативно-правовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи населению, позволяющее планирование и развитие указанного вида помощи. Паллиативная медицинская помощь детям не имеет четкой нормативной базы. Необходима разработка и утверждения порядка оказания паллиативной помощи детям, что придаст импульс ее активному развитию в России.

2. Для обеспечения доступности паллиативной медицинской помощи требуется научно-методическое обоснование и разработка единой классификации состояний, при которых показана и должна быть организована паллиативная помощь. Порядки оказания медицинской помощи должны быть приведены в соответствие с указанной классификацией.

Литература

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». СПС Гарант. Дата обращения 23.01.2014.

2. Постановление Правительства РФ от 18 октября 2013 г. N 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». СПС Гарант. Дата обращения 23.01.2014.

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1343н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

4. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы.

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. N 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. N 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

Красникова Н.В., Шеметова Г.Н.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ОРГАНИЗАЦИЯ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В России на фоне демографического старения населения все больше больных нуждаются в оказании паллиативной помощи.

ВОЗ определяет паллиативную помощь как «... активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи

является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей».

Согласно приказу Минздрава России № 1343н от 21 декабря 2012 года «О порядке оказания паллиативной медицинской помощи» паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимым больным, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе.

В паллиативной помощи нуждаются инкурабельные онкологические больные, пациенты, перенесшие инсульт, больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции. Все чаще обсуждается вопрос о необходимости оказания паллиативной помощи пациентам с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, находящимися в терминальной стадии развития болезни (терминальная стадия хронической болезни почек, хронической сердечной и дыхательной недостаточности, тяжелые травмы и дегенеративные заболевания костно-суставной системы, рассеянный склероз и многие другие заболеваний).

Основной задачей паллиативной помощи является достижение максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни инкурабельных больных и их родственников, а не «ускорение наступления смерти» (эвтаназия).

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в дневном стационаре, при поликлинике амбулаторно и стационарно. В Российской Федерации существуют различные организационные формы оказания паллиативной помощи инкурабельным – хосписы, Центры паллиативной помощи, больницы и отделения сестринского ухода, кабинеты противоболевой терапии, отделения паллиативной помощи в структуре многопрофильных стационаров и др.

Нормативы оказания паллиативной помощи следующие - это 1 врач на 20 тысяч сельского или 100 тысяч городского населения. Принятая 11 марта 2013 г. Программа госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи предусматривает формирование системы паллиативной медицинской помощи из расчета 100 коек на 1 млн населения и подготовку медицинских работников соответствующей специальности.

Так как в России до сих пор паллиативная помощь не выделяется в самостоятельную специальность, то отсутствуют точные статистические данные о количестве больных с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии развития, находящихся на дому, в различных специализированных отделениях (хирургических, терапевтических, неврологических, онкологических и др.) стационаров участковых, районных, городских и других многопрофильных больниц, а также в домах сестринского ухода, в отделениях милосердия домов-интернатов системы социального обеспечения, что не позволяет определить количество необходимого медицинского персонала.

Вместе с тем, совершенно очевидно, что имеется нехватка коек в хосписах; на сегодняшний день большинство неизлечимых больных находится дома и, в подавляющем большинстве случаев, ими занимаются участковые терапевты, порой не прошедшие специальной подготовки по паллиативной терапии. Ведение таких больных имеет ряд особенностей, как в отношении применения анальгетиков, и других средств для обезболивания, так и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в том числе и психологическом статусе больных и их родственников.

Все это требует организации внебольничной паллиативной помощи, тем более что у части больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний и у их родственников имеется желание получать паллиативное лечение по возможности дома.

Перспективным в оказании паллиативной помощи инкурабельным больным на амбулаторном участке могут стать хосписы на дому. Консультативно-патронажная помощь инкурабельным пациентам оказывается силами хосписных выездных бригад [1]. В состав выездной бригады (хосписа на дому) входят специально подготовленные врачи и медсестры, социальные работники, психолог, юрист, волонтеры, которые оказывают медицинскую помощь на дому. Выездная служба тесно контактирует с районными онкологами, врачами и руководителями прикрепленных поликлиник. Обеспечивается преемственность работы амбулаторно-поликлинических учреждений и хосписного отделения путем ежемесячной передачи поликлиниками списков инкурабельных больных, нуждающихся в паллиативной помощи и уходе.

К основным задачам хосписов на дому относятся: коррекция схем обезболивания, выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций, динамический контроль за соматическим состоянием пациента, психологическая поддержка пациента и членов семьи, обеспечение преемственности в работе с участковыми терапевтами и другими врачами, а при ухудшении самочувствия - помощь в госпитализации в стационарное отделение. Кроме того проводится обучение родственников больного различным методам ухода, в том числе за стомированными больными (с трахео-, гастро-, колостомами).

Основные проблемы, с которыми сталкиваются инкурабельные пациенты, это - боль, тошнота, рвота, икота, запоры, поносы, задержка (недержание) мочи, кровотечения и другие симптомы, на уменьшение которых направлено паллиативное лечение.

Частота посещений пациента медицинскими работниками хосписа на дому зависит от тяжести его состояния, от готовности других членов семьи активно помогать и ухаживать за своим родственником, осуществляя должный уход в домашних условиях [2].

В связи с тем, что в последние годы все больше внимания уделяется паллиативной медицине, остро встает вопрос о подготовке медицинского персонала – врачей и особенно медицинских сестер. Совсем недавно на факультете последипломного образования МГМСУ им. А. И. Евдокимова была

создана первая в России кафедра паллиативной медицины для обучения врачей. На кафедре поликлинической терапии ГБОУ ВПО Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского Минздрава России впервые подготовлен цикл лекций и практических занятий для бакалавров по паллиативной помощи, состоящий из 14 лекций и 11 (22) практических занятий. Обучение проводится как в очной форме, так и дистанционно.

Работа с паллиативными больными эмоционально сложна, требует большой душевной отдачи и, занимаясь с пациентами, медицинские работники никогда не должны забывать основной принцип врачевания - SALUS AEGROTI SUPREMA LEX – «Благо больного превыше всего».

Литература:

1. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи (утв. Минздравсоцразвития РФ 22.09.2008 N 7180-РХ) Эккерт Н.В. , Новиков Г.А., Хетагурова А.К., Шарафутдинов М.Г. – Москва, 2008. – 46 с.

2. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению // Учебное пособие. – Москва, 2008. – С. 357-380.

Ребров А.П., Акулова А.И., Апаркина А.В., Спицына М.Ю., Гайдукова И.З.
г. Саратов, Россия
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ НА ПРИМЕРЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Введение. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует паллиативную помощь как "... активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей". [1]

Основой концепции оказания современной паллиативной медицины является улучшение качества жизни как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, социальных, правовых и духовных программ помощи больному и его семье. Все аспекты качества жизни взаимосвязаны в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким [1,2].

Только в 2011 году в России было законодательно закреплено новое направление здравоохранения и социальной помощи населению – паллиативная

помощь.[5]. В связи с этим до последнего времени существует не так много данных о числе пациентов, получающих или нуждающихся в оказании паллиативной помощи. В связи с этим некоторые авторы говорят о необходимости проведения в регионах РФ кооперированных исследований в области организационных подходов и методологических принципов улучшения качества жизни больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний.

Традиционно обсуждается необходимость оказания паллиативной помощи пациентам с терминальными стадиями злокачественных заболеваний, реже – пациентам, перенесшим инфаркт мозга, больным в терминальной стадии ВИЧ-инфекции. В последние годы обсуждается вопрос о необходимости оказания паллиативной помощи пациентам терапевтического профиля с формированием необратимых изменений внутренних органов и полиорганной недостаточности, не поддающихся коррекции (терминальная стадия хронической недостаточности систем кровообращения и дыхания, цирроз печени с выраженной декомпенсированной портальной гипертензией и печеночно-клеточной недостаточностью; неоперабельный перелом шейки бедра; рассеянный энцефаломиелит и др.) [1, 2, 3]. Необходимость паллиативной помощи больным с метастатическим раком, застойной сердечной недостаточностью, хронической обструктивной болезнью легких и глубокой деменцией описана в литературе [4].

Спондилоартриты (анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, реактивные артриты, артриты, ассоциированные с воспалительными заболеваниями кишечника) не считаются заболеваниями, при которых пациенты нуждаются в оказании паллиативной помощи. В то же время эти заболевания дебютируют до 40 лет, склонны к непрерывно прогрессирующему течению с нарастающим поражением опорно-двигательного аппарата и ряда других систем (органа зрения, сердечно-сосудистой системы). Эта особенность может приводить к появлению тяжелой функциональной недостаточности указанных органов и систем, определяя потребность пациентов и их семей в оказании паллиативной помощи.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей прогрессирования повреждения опорно-двигательного аппарата при спондилоартритах, определение числа больных с постоянной нетрудоспособностью и числа пациентов со СпА, нуждающихся в оказании паллиативной помощи.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и электронные карты обследования 182 пациентов со спондилоартритами (СпА), госпитализированных в ревматологическое отделение Областной клинической больницы г. Саратова в 2010-2014 годах. Все пациенты соответствовали критериям ASAS 2011 для спондилоартритов: 104 пациента имели диагноз псориатический артрит (ПсА), 76 больных – анкилозирующий спондилит (АС), двое – недифференцированный артрит.

Средний возраст пациентов составил $43,19 \pm 12,10$ года (от 17 до 73 лет, $n=180$), 75 женщин (41,7%), 105 мужчин (58,3%). Средняя продолжительность заболевания – $14,23 \pm 11,96$ лет.

Анализировали показатели подвижности осевого скелета пациентов со СпА (рассчитывали индекс BASMI – Bath AS Mobility Index, 0-10 баллов), учитывали стадию рентгенографических изменений, плечевых, коленных, тазобедренных суставов и суставов кистей. Учитывали наличие тотального анкилоза позвоночника и протезирования суставов в анамнезе.

По данным историй болезни определили число лиц с различными степенями постоянной утраты трудоспособности.

Результаты. У больных со СпА отмечено уменьшение подвижности осевого скелета при увеличении продолжительности болезни: индекс BASMI у лиц, болеющих менее 10 лет, составил $3,16 \pm 1,35$ у женщин и $3,46 \pm 1,88$ – у мужчин, при длительности заболевания более 10 лет – $5,07 \pm 2,25$ и $5,72 \pm 2,17$ бала, соответственно, $n=66$, $p<0,05$. Протезирование коленных или тазобедренных суставов выполнено 16 (8,79%) пациентам, артроз тазобедренных или коленных суставов III-IV ст. установлен у 16 (8,79%) пациентов, артроз или артрит суставов кистей или стоп III-IV ст. – у 14 (7,67%) пациентов; асептические некрозы костей – у 15 (8,24%) лиц со СпА. У 3 (1,64%) пациентов выявлено наличие асептических некрозов головки плеча.

На момент вступления в исследование разные степени стойкой потери трудоспособности наблюдали у 37 (20,55%) пациентов: 3 пациента были инвалидами I группы (1,67%), 14 (7,78%) - инвалидами II группы, 20 (11,1%) - инвалидами III группы. Средний возраст больных, имеющих инвалидность, составил $43,97 \pm 10,08$ года, инвалидов I группы – $47 \pm 11,2$ лет. Длительность заболевания в группе пациентов, имеющих инвалидность той или иной группы, составила $18,86 \pm 11,63$ лет. Пациенты с I группой инвалидности болели в среднем $23 \pm 12,1$ года. К 2014 г. число пациентов I группы увеличилось до 5 (2,74%), пациентов II группы – до 52 (28,57%), III группы – до 32 (17,58%). Суммарное число инвалидов увеличилось до 89 (48,9%) человек. Причинами стойкой утраты трудоспособности пациентов явилось поражение суставов и позвоночника. Инвалидность I группы установлена у двух пациентов с сочетанными асептическими некрозами головок плечевых и бедренных костей с формированием контрактур конечностей и тотальным анкилозом позвоночника (33 и 32 года, рис.1); у пациентов 33 и 48 лет с потерей зрения вследствие увеита, остеоартрозом тазобедренных и коленных суставов II-III стадии, тотальным анкилозом позвоночника и у пациента с тотальным поражением позвоночника, III ст. остеоартроза коленных и тазобедренных суставов, анкилозом позвоночника и генерализованной амиотрофией (54 года). Данные пациенты и их родственники, с нашей точки зрения, нуждаются в оказании грамотной паллиативной помощи с интеграцией врачей разных специальностей – терапевтов, психологов, хирургов, ортопедов, диетологов, реабилитологов и др.



Рис.1 А. Пациентка 33 лет, продолжительность анкилозирующего спондилита 5 лет, тотальный анкилоз позвоночника, сгибательные контрактуры коленных, тазобедренных и плечевых суставов. Пациентка не способна стоять без опоры, самостоятельно вставать и садиться. Инвалид I группы.

Рис 1 Б. Пациент 32 лет. Продолжительность анкилозирующего спондилита 12 лет, с 2008 по 2014 г. находится в вынужденном положении, обусловленном тотальным анкилозом позвоночника и анкилозом тазобедренных суставов, генерализованной мышечной атрофией. Пациент не способен стоять без опоры, самостоятельно вставать и садиться. Инвалид I группы.

Обсуждение результатов. В настоящее время понятие паллиативная помощь расширяется, данный раздел медицины уже предполагает не только помощь онкологическим больным, но и пациентам, страдающим хроническими заболеваниями на поздних стадиях их развития. В литературе активно обсуждаются вопросы паллиативной помощи пациента с ХСН, ХОБЛ на продвинутых стадиях развития. Отмечается, что, несмотря на рекомендации, процент больных, получающих паллиативную помощь, остается низким [6]. Все исследователи подтверждают необходимость раннего внедрения паллиативной помощи, в том числе и на амбулаторном этапе, для повышения качества жизни пациентов [4, 6, 7]. Изучаются различные стратегии ведения пациентов, экономическая эффективность внедрения ранней паллиативной помощи больным [8].

В нашем исследовании показано, что пациенты ревматологического профиля, а именно больные спондилоартритами (2,7%), нуждаются в паллиативной медицинской помощи. Спондилоартриты часто приводят к стойкой утрате трудоспособности, причем нередко – в молодом возрасте. Вместе с тем исследований по применению паллиативной помощи для данной группы больных не проводилось. Паллиативная помощь пациентам со Спа

может иметь ряд особенностей, среди которых наиболее важной является большая длительность периода, в течение которого пациент со СПА может нуждаться в медицинском пособии. Эта особенность обусловлена, во-первых, ранним дебютом болезни с достижением терминальной стадии болезни в раннем возрасте. Во-вторых, тем, что потеря функции поражаемых при СПА органов и систем (опорно-двигательный аппарат, орган зрения и др.) приводит к значительному снижению качества жизни пациента, несущественно влияя на продолжительность жизни. Этот факт требует выполнения тщательного медико-социального и экономического анализа вероятной помощи больным с потерей способности к самообслуживанию при СПА.

Выводы. Спондилоартриты являются хроническим заболеванием, приводящими к потере трудоспособности. Хроническая боль, потеря двигательной функции, потеря зрения и др. причины обуславливают потребность в паллиативной помощи у некоторых пациентов со СПА с участием врачей разных специальностей. Для разработки основных направлений паллиативной помощи у пациентов со СПА необходимо проведение отдельных исследований.

Литература

1. Паллиативная помощь. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson, – 2005. – С. 32.
2. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson. – 2005. – С. 40.
3. Введенская, Е.С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения // Медицинский альманах. – 2012. – № 4. – С. 18-21.
4. End-of-life care in general practice: a cross-sectional, retrospective survey of 'cancer', 'organ failure' and 'old-age/dementia' patients. /Evans N, Pasman HR, Donker GA, et al // *Palliat Med.* – 2014. – 18. [Epub ahead of print]
5. Кузнецов С.И., Буклешева М.С., Кашаева С.Г. Паллиативная медицинская помощь: современное состояние и перспективы развития в России // Управление качеством медицинской помощи. – 2012. – № 2.
6. Flynn, S. Living with chronic heart failure / S. Flynn, S. Ellery, L. Mason // *Support Palliat Care.* – 2014. – 4(1). – P.111.
7. Dalgaard KM, Bergenholtz H, Nielsen ME, Timm H Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome /KL Dalgaard, H. Bergenholtz, ME Nielsen, H. Timm // *Palliat Support Care.* – 2014. – 3. – P. 1-19.
8. Pattenden J. Collaborative palliative care for advanced heart failure: outcomes and costs from the 'Better Together' pilot study /J. F. Pattenden, A. R. Mason, R. J. Lewin // *Support Palliat Care.* – 2013. – 3(1). – P. 69-76.

9. Новиков Г.А. Паллиативная помощь в Российской Федерации: современное состояние и перспективы развития. / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман и др. // Практическая медицина – 2009. – № 3. – С. 5-11.

10. Эккерт Н.В. Современные проблемы паллиативной помощи. / Н.В. Эккерт // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – №5. – С. 25-28.

Антонова С.И.

г. Обнинск, Россия

Филиал ФГБОУ ВПО «РГСУ» в г. Обнинске

ПАТРОНАЖ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ ИМ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Наиболее актуальной формой организации медико-психологической помощи онкологическим больным является модель патронажной службы. В последние десятилетия отмечается улучшение результатов лечения онкологических больных. К сожалению, качественные характеристики жизни не всегда могут быть обеспечены усовершенствованными и модифицированными методами лечения опухолевого процесса. Это связано с тем, что часть лиц, избавленных от рака, страдают от осложнений, обусловленных терапией злокачественных новообразований. Прежде всего, это относится к пациентам, перенесшим лучевую терапию в составе комбинированных методов лечения [3, 1].

Клинические критерии, т.е. выздоровление и улучшение, отражают только функциональное восстановление (органный уровень) и характеризуют достигнутый уровень медицинской реабилитации, но не отражают степень восстановления. Однако выздоровление характеризуется как полное восстановление функционирования организма и психики человека (по определению ВОЗ) [2, 1]. Поэтому при работе с онкологическими больными необходимо знать степень нарушения функций организма для дальнейшего анализа эффективности тех или иных реабилитационных мероприятий. Если у больного до реабилитации было умеренное нарушение функций, а после нее - легкое, оно характеризуется как значительное улучшение; при переходе же тяжелого нарушения функций в умеренное оценивается как незначительное улучшение, хотя в последнем случае эффективность реабилитации огромна.

Цели исследования:

1. Конкретизировать степень социально психологической поддержки онкологических больных и качество сестринского обслуживания.
2. Проанализировать зависимость количества курсов химиотерапии и общего состояния онкологического больного в результате этой процедуры.
3. Изучить степени эффективности оказания качества медицинского обслуживания в онкологическом учреждении.

Исследования пациентов проводились на базе онкологического диспансера ФГБУ МРЦ Минздравсоцразвития РФ г. Обнинска. В нем принимали участия 36 человек разного пола и возраста (20 до 59 лет) среди онкологических больных и их родственников в отделении хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений. В исследовании применялись стандартные методики анализа и статистической оценки событий в клинических наблюдениях [1, 53].

В начале исследований были проведены индивидуальные замеры, содержащие информацию социально-демографического характера. Для этого была разработана авторская анкета, где отмечались следующие показатели: ФИО, пол, возраст на начало экспериментального исследования, наличие семьи либо долгосрочных отношений, работа либо учеба, а также заданы вопросы для оценки эффективности патронажной службы и психологической помощи больным, страдающими онкологическими заболеваниями.

Исследования степени социально - психологической поддержки онкологических больных и качества сестринского обслуживания показали следующее:

- Большинство пациентов имело сильное ограничение в профессиональной деятельности – 52%, в хобби – 62%, в половой жизни – 55%. Онкологическое заболевание нарушило прием пищи у 75% пациентов, сон – 67%, физическую активность – 60%, домашнюю работу – 53%. Эти данные стали необходимы для дальнейшего планирования лечебных и реабилитационных мероприятий.

- По социально-психологической поддержке онкологическим больным наиболее значимыми отмечены родственники – 100%, церковь – 67%, пациенты по палате – 33%, поддержка со стороны работы – 20%, социальные работники – только 6%. Отсюда следует, что с одной стороны, должны проводиться обучающие программы с ближайшим окружением больных по психологической поддержке, а с другой стороны, необходимо усилить работу социально-психологической службы самого онкодиспансера.

Анализ зависимости количества курсов химиотерапии и общего состояния онкологического больного в результате этой процедуры показал следующее:

- Среди участников, которым проводилась химиотерапия, $52,4 \pm 6,1\%$ респондентов указали, что хорошо переносят данное лечение; $25,3 \pm 3,1\%$ отметили, что данный вид терапии плохо отражается на их самочувствии и работоспособности и $22,3 \pm 2,7\%$ респондентов, вероятно неоднократно проходивших химиотерапию, подчеркнули, что общее состояние зависит от степени токсичности. В ходе анкетирования было выявлено, что наиболее часто пациентам проводится 4-6 курсов химиотерапии (45%), в третьей части случаев (30%) - 1-3 курса, 7-9 курсов получают 10% пациентов и 15% проходят десять и более курсов химиотерапии. При этом следует отметить, что более 6 курсов данного вида лечения проходят в основном пациенты в возрасте от 20 до 39 лет.

- Среди пациентов $60,5 \pm 7,3\%$ могут в случае необходимости пользоваться общественным транспортом, но только $15,6 \pm 1,8\%$ из них

способны пользоваться им 3 раза в неделю, $13,8 \pm 1,6\%$ - лишь 1 раз в неделю и $10,1 \pm 1,2\%$ - не способны по состоянию здоровья ездить в общественном транспорте. Относительно способности самостоятельно водить машину ответы распределились следующим образом: $70,8 \pm 8,8\%$ - не могут водить машину, $4,2 \pm 0,5\%$ - могут каждый день, $6,3 \pm 0,7\%$ - 3 раза в неделю, $18,7 \pm 2,3\%$ - 1 раз в неделю. Это может стать ярким показателем зависимости количества курсов химиотерапии и общего состояния онкологического больного.

Исследования степени эффективности качества медицинского обслуживания в онкологическом учреждении показали следующее:

- Почти половина респондентов ($45,6 \pm 5,6\%$) указала на улучшение медицинского обслуживания за последнее время, третья часть ($29,7 \pm 3,7\%$) – считают, что оно не изменилось, $20,3 \pm 2,5\%$ затруднились дать свои оценки, и лишь, по мнению $4,4 \pm 0,6\%$ больных, медицинское обслуживание в данном учреждении ухудшилось.

- Среди недостатков в организации работы диспансера респондентами были выделены следующие: наличие очереди у кабинета общей онкологии (35%) и химиотерапии (25%), недостатки в работе регистратуры (10%) и др.

- Особое внимание заслуживает решение проблемы лекарственного обеспечения больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Среди участников опроса было отмечено отсутствие необходимых препаратов в аптеке онкодиспансера или нерегулярная поставка препаратов ($38,2 \pm 4,7\%$).

- Психологическую поддержку со стороны медицинского персонала во время лечения положительно отметили $53,4 \pm 6,6\%$, отрицательно – $40,6 \pm 5,2\%$, частично – $6,0 \pm 0,7\%$ участников исследования, как среди больных, так и среди их родственников.

Следовательно, исследование качества медицинского обслуживания показало слабую активность медицинских работников в выявлении психических и социальных проблем пациентов. Но при этом $45,8 \pm 5,6\%$ пациентов ответили, что увеличивается эффективность оказания качества медицинского обслуживания в онкологическом диспансере.

Выводы:

1. Компонентами полноценной системы патронажа как медико-психологической помощи больным, страдающим онкологическим заболеванием, является создание условий их психической и социальной поддержки. Поэтому необходимо усилить работу социально-психологической службы в сфере патронажной системы обслуживания онкологических больных.

2. Необходимо существенно увеличить качество обслуживания в проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

3. Необходимо проводить обучающие программы с ближайшим окружением больных по психологической поддержке.

Литература

1. Барышев В.В., Попучиев В.В. Статистическая оценка событий в клинических наблюдениях. – Обнинск: Прогресс, 2009. – 149 с.

2. ВОЗ. Задачи по достижению здоровья для всех. – Копенгаген, 1985. – 638 с.
3. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях. Приказ Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2009 г. № 944н. / Информационно-справочная система «Консультант-Плюс».

Молодцов Р.Н.¹, Молодцова Е.В.², Шеметова Г.Н.²

г. Саратов, Россия

¹НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Саратов-2 ОАО «РЖД»,

²ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития России Концепцией развития здравоохранения (до 2020 г.) одним из приоритетов государственной политики определено повышение доступности и качества медицинской помощи.

Повышение качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией остается актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено широкой распространенностью данной патологии, особенно среди трудоспособного населения, неуклонным ростом числа осложненных форм заболевания, нередко с фатальными исходами, огромными экономическими потерями в связи с временной нетрудоспособностью, инвалидностью и затратами на лечение и реабилитацию.

Несмотря на принятую федеральную целевую программу «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», разработанные российские рекомендации по диагностике и лечению АГ, реальная практика ведения пациентов с АГ в лечебно-профилактических учреждениях, в частности, системы железнодорожного здравоохранения, отличается от утвержденных стандартов (протоколов) диагностики и лечения при указанной патологии. В целях предотвращения дефектов оказания лечебно-профилактической помощи и обеспечения удовлетворенности пациента представленными медицинскими услугами осуществляется контроль качества медицинской помощи.

Нами проведена оценка объема и качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией, работающим на Приволжской железной дороге, по итогам внутриведомственной экспертизы. Были разработаны и клинически апробированы «Экспертные карты интегрированной оценки качества ведения пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах», позволяющие производить унифицированную ранжированную количественную оценку качества оказания медицинской помощи. Механизм оценки заключался в

балльном выражении мнения эксперта о качестве выполнения каждого подблока врачебных действий в соответствии с принятой шкалой оценок (0 - 0,5 - 1). Нулевая оценка выставлялась в случае выявления абсолютно неверных действий или бездействия врача, повлекших за собой какие-либо негативные следствия. Снижение оценки до 0,5 баллов означало наличие ошибок, которые могли привести к негативным последствиям. Оценка подблока врачебного процесса в 1 балл подразумевала отсутствие дефектов. По завершении экспертной оценки рассчитывались среднеарифметические значения для каждого этапа врачебного процесса, а затем интегрированный показатель для всего случая, характеризующий качество медицинской помощи.

Экспертной оценке подлежали 325 медицинских карт амбулаторного больного (ф. 025/у) пациентов с артериальной гипертензией I-III стадии, состоящих на диспансерном учете у терапевтов в поликлинике Дорожной клинической больницы на ст. Саратов-II и 407 медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у), находившихся на обследовании и лечении в кардиологическом и терапевтическом отделениях ДКБ.

Нами последовательно анализировалось качество и полнота диагностики, соблюдение современных принципов рациональной комплексной терапии данной патологии, полнота и адекватность рекомендаций лечащих врачей по окончании лечения, а также результаты проведенного курса терапии. Среди общего количества наблюдений (325 медицинских карт амбулаторных больных и 407 медицинских карт стационарных больных) не было ни одной карты больного с диагнозом вторичной гипертензии, то есть в 100% случаев был поставлен диагноз эссенциальной гипертензии.

В работе нами использовались традиционные статистические методики: расчет средних величин (среднего квадратического отклонения, средней ошибки средней арифметической), определение статистической достоверности разности средних арифметических и статистических показателей при помощи соответствующих параметрических и непараметрических критериев.

При оценке каждого из компонентов качества использовалась следующая шкала:

1. Оценка диагноза:

- диагноз установлен в соответствии с общепринятыми классификациями – 1 балл;
- не отражает основные положения общепринятых классификаций – 0,5 балла;
- диагноз клинический заключительный заболевания не указан или установлен несвоевременно – 0,5 балла;
- не соответствуют клинико-диагностическим данным – 0 баллов.

2. Оценка диагностических мероприятий:

- диагностические исследования проведены в соответствии с рекомендуемыми стандартами ведения больных - 1 балл;
- диагностические исследования проведены не в полном объеме или поздно - 0,5 балла;
- проведены необоснованно - 0,5 балла;

- диагностические исследования не выполнены- 0 баллов.

3. Оценка адекватности методов лечения:

- лекарственные средства использовались согласно протоколам ведения больных – 1 балл;

- адекватно, но имела место полипрагмазия и/или политерапия – 0,5 балла;

- вне протокола ведения больных и/или не включенные в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, без решения ВК – 0,5 балла;

- лечение неэффективно или не в полном объеме (при наличии показаний) и/или без учета противопоказаний и/или без учета совместимости лекарственных средств – 0,5 балла;

- лечение не соответствовало диагнозу или не проводилось- 0 баллов.

4. Оценка качества оформления первичной медицинской документации и ведения больного:

- замечаний к оформлению медицинской документации не выявлено – 1 балл;

- записи в медицинской документации неполные, неинформативные, выполнены с ненадлежащей кратностью – 0,5 балла;

- ошибки заполнения листов назначений (записи на русском языке, отсутствие дозировки, способа введения, сроков назначения и отмены препаратов и т.д.) – 0,5 балла.

- записи в медицинской документации нечитаемые – 0 баллов.

Как уже было отмечено, результирующая оценка качества выполнения каждого раздела представляет собой среднюю арифметическую оценку исследованных подразделов. Интегрированная оценка качества медицинской помощи вычислялась как средняя арифметическая оценка изученных разделов. Значения полученных оценок качества оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией интерпретировались следующим образом: в пределах 1 - 0,9 оценивалась как "отлично"; 0,89 - 0,75 - "хорошо"; 0,74 - 0,61 - "удовлетворительно" и менее 0,6 - "неудовлетворительно".

В результате проведенного экспертного анализа качества медицинской помощи установлено, что лишь 11,7% медицинских карт амбулаторных больных (38 карт из 325 проанализированных) и 16,2% медицинских карт стационарных больных (52 из 407 карт, подвергнутых анализу) соответствовали всем оцениваемым критериям: своевременной, проведенной в должном объеме и в соответствии с утвержденными медико-экономическими стандартами, высококвалифицированной медицинской помощи.

Качество оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе была оценено на "хорошо" в 44,3% случаев (144 амбулаторные карты), тогда как на стационарном этапе – в 53,2% (173 карты стационарных больных). Оказание медицинской помощи расценивалось как "удовлетворительно" в 39,6% случаев (129 амбулаторных карт) на амбулаторно-поликлиническом этапе и в 28,9% случаев на стационарном этапе. В 4,4% случаев (14 амбулаторных карт) и в 1,7% случаев (6 карт стационарных

больных) соответственно медицинская помощь была оценена как "неудовлетворительно".

Проведенный нами анализ амбулаторных карт и карт стационарных больных с артериальной гипертензией позволил выявить следующие типичные дефекты при оказании медицинской помощи:

при сборе информации:

- жалобы малосодержательны, не уточнены характер, локализация, условия возникновения болевых ощущений;
- не уточнены характер начала заболевания, продолжительность, характер течения заболевания на протяжении предшествующего времени;
- отсутствуют сведения об эффективности ранее проводимой терапии, о возможном приеме пациентами других, помимо гипотензивных, лекарственных препаратов: стероидных глюкокортикоидных гормонов, цитостатиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, оральных контрацептивов и др. Надо учесть, что некоторые препараты способны повысить АД, и их отмена в совокупности с антигипертензивной терапией приведет к нестабильности АД. Важно обратить внимание на наличие менопаузы у женщин, курение, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, осложнений артериальной гипертензии;
- отсутствие сведений о наличии предшествующих госпитализаций.

при обследовании пациентов:

- отсутствие определения уровня креатинина, проведения УЗИ почек, осмотра глазного дна, что затрудняло экспертную оценку поражения органов-мишеней;
- отсутствие определения холестерина сыворотки крови, его фракций, затрудняющее оценку состояния липидного обмена и необходимости его медикаментозной коррекции;

при обеспечении преемственности:

- отсутствие назначения повторных явок для контроля АД, что затрудняло экспертную оценку адекватности выбранной гипотензивной терапии;
- отмечено несвоевременное взятие на диспансерное наблюдение;
- нерегулярность диспансерных осмотров.

при постановке диагноза:

- отсутствие развернутого клинического диагноза, соответствующего МКБ-10;
- необоснованное и неверное установление стадии и степени АГ, что не позволяло эксперту оценить правильность лечения и тактики ведения больного;
- отсутствие сведений о наличии у пациента сопутствующих заболеваний;

при проведении лечения:

- отсутствие назначения антиагрегантов, что не позволяло снизить риск цереброваскулярных осложнений;
- назначение нерациональных сочетаний антигипертензивных препаратов, в неверном режиме, что не позволяло добиться адекватной коррекции АД и снизить риск острых нарушений мозгового кровообращения.

Исследуя своевременность, обоснованность и качество оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с АГ на амбулаторно-поликлиническом этапе, нами было выявлено несколько принципиально важных ошибок: неполноценное использование скрининговых методов диагностики и выявления пациентов с артериальной гипертонией, в том числе недооценка цеховыми терапевтами возможностей автоматизированной системы предрейсовых осмотров. Отмечено недостаточно тесное взаимодействие врачей поликлиник с психофизиологической службой, отсутствие комплексного подхода к восстановительному лечению, особенно на стадии предболезни, что способствовало дальнейшему прогрессированию заболевания, необходимостью направления пациентов в последующем на достаточно дорогостоящее стационарное лечение. Следует отметить неудовлетворительное взаимодействие в плане преемственности по лечению и ведению данных больных между врачами поликлиник и стационаров. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях нередко игнорировались результаты исследований пациентов, полученные при обследовании в амбулаторных условиях, тем временем как врачи поликлиник часто не соблюдали рекомендации по дальнейшему лечению (прием индивидуально подобранных антигипертензивных препаратов, оптимальное сочетание определенных групп медикаментозных препаратов), данные пациенту при выписке из стационара. Не всегда прослеживалось научно обоснованное сочетание лечебных физических и фармакологических факторов. За время нахождения в стационаре не все пациенты направляются врачами на восстановительное лечение в Центр восстановительной медицины и реабилитации; многие пациенты (35,4%) не доводят данный вид лечения до конца после выписки из стационара. Оценка эффективности проведенного восстановительного лечения (снижение сроков временной нетрудоспособности, увеличение числа лиц, вернувшихся к труду и др.) не проводилась. Недостаточно внимания уделялось психофизиологической коррекции пациентов, осведомлению их о сущности и возможных осложнениях заболевания, а также методах лечения, возможностях центров восстановительной медицины и санаторно-курортного лечения. В частности, санаторно-курортную реабилитацию прошли в 2011 году лишь у 106 пациентов с артериальной гипертонией (32,5%).

В структуре врачебных ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией на стационарном этапе преобладали ошибки в сборе анамнеза, лечения, оформлении документации, а также отсутствие в плане лечения восстановительно-реабилитационных мероприятий. Как и в поликлиниках, врачами стационаров не всегда должным образом производилась оценка психоэмоционального статуса и выявление факторов риска артериальной гипертензии – соответственно, в среднем 54,3% и 62,4% случаев. При экспертной оценке обоснованности и правильной формулировки диагнозов выяснилось, что в 83,6% случаев в стационаре диагноз был установлен в соответствии с общепринятыми классификациями против 78,3% случаев в поликлиниках. К недостаткам следует также отнести

достаточно формальное отношение врачей как поликлинического, так и стационарного звена к постановке диагнозов сопутствующих заболеваний, которые соответствовали объективным данным в 92-95% случаев. Как и в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений, в стационаре в качестве базовых в основном применялись методы медикаментозной коррекции АД, и недостаточно широко использовались немедикаментозные методы лечения, включая психокоррекцию, различные физиотерапевтические методы, ЛФК. В то же время в стационаре пациентам назначалась более рациональная, соответствующая рекомендуемым стандартам, последним достижениям фармакотерапии, комбинация антигипертензивных препаратов – в 69,8% случаев в сравнении с 65,2% случаями лечения в условиях поликлиник.

Подводя итоги проведенной внутриучрежденческой экспертизы качества, необходимо подчеркнуть, что основными ошибками в оказании лечебно-профилактической помощи пациентам с артериальной гипертензией явились:

- неэффективное использование на амбулаторном этапе скрининговых систем, позволяющих выявить заболевание на субклинической стадии, предотвратив дальнейшее прогрессирование заболевания, развитие серьезных, порой фатальных осложнений;

- отсутствие строгой преемственности в работе между поликлиниками, стационарами и психофизиологической службой, касающаяся дальнейшей тактики ведения пациентов;

- неадекватное использование возможностей Центров восстановительного лечения и реабилитации, возможностей направления пациентов с данной патологией на санаторно-курортное лечение при наличии мощной современной материально-технической базы медицинских учреждений ОАО «РЖД»;

- нарушение современных принципов комплексной терапии артериальной гипертензии.

Результаты анализа дают основу для разработки клинко-организационной модели совершенствования лечебно-профилактической помощи и восстановительного лечения пациентов, страдающих артериальной гипертензией, в лечебно-профилактических учреждениях различного уровня, концептуальными основами которой явились следующие положения:

- ведущая роль амбулаторно-поликлинического этапа ведомственного здравоохранения, на который выпадает основная нагрузка по проведению лечебно-профилактических мероприятий;

- своевременное выявление среди работников железнодорожного транспорта с высоким профессиональным риском лиц с пограничной АГ и ранними стадиями заболевания за счет использования современных скрининговых технологий;

- своевременное взятие данных пациентов на диспансерный учет, организация мониторинга состояния работников с АГ различных профессиональных групп (в том числе профессий, непосредственно связанных с движением поездов);

- контроль преемственности в работе ЛПУ различных звеньев;

- комплексный подход к терапии с использованием рациональной комбинации медикаментозных методов терапии, включения дифференцированных программ восстановительного лечения с оценкой медико-экономической эффективности предложенных программ, использование возможностей санаторно-курортного лечения;
- проведение систематического внутриведомственного контроля КМП пациентам с АГ как на амбулаторно-поликлиническом, так и на стационарном этапах;
- совершенствование профессиональной подготовки медицинского персонала, обучение врачей основам экспертизы КМП, а также ознакомление врачей с результатами экспертиз.

Андрянова Е.А., Чернышкова Е.В.

Россия, г. Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ АДАПТАЦИИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К СИТУАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Изучение факторов адаптации к ситуации профессионального заболевания сельского населения представляет особую актуальность не только в плане повышения эффективности производства, но и с точки зрения поиска ресурсов организма человека и его личности для успешного преодоления последствий профессиональных заболеваний, сохранения способности к выполнению различных видов профессиональной деятельности.

Социально-экономическая ситуация в современной России характеризуется высоким уровнем напряженности в обществе, ухудшением условий труда, что ведёт к ухудшению социально-экономического статуса трудоспособного населения, к неблагоприятным изменениям в состоянии физического и психического здоровья, к увеличению риска развития заболеваний. Тяжелый физический труд сельского населения вызывает серьезные нарушения здоровья, приводя к возникновению и развитию профессионального заболевания порой с полной утратой профессиональной трудоспособности. Важность изучаемой проблемы определяется в постановлениях Правительства РФ, акцентирующих необходимость оказания всесторонней помощи и поддержки в процессе адаптации населения к ситуации профессионального заболевания [1], а также относительной фрагментарностью эмпирической базы в исследованиях данного вопроса.

С целью изучения воздействия факторов, влияющих на процесс адаптации к ситуации профессиональным заболеваниям сельского населения, нами в 2014 году было проведено эмпирическое исследование методом анкетирования (N=50). Характеристика выборки: мужчины, находящиеся на лечении в ФГБУН Саратовский НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора с

диагнозом «вибрационная болезнь». При определении выборки учитывались следующие критерии: пол, возраст, стаж работы, заболевание с которым поступили в ФГБУН Саратовский НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора, длительность заболевания с момента его установления, группа инвалидности/ процент утраты профессиональной трудоспособности. Методом случайного районирования выборки были отобраны пациенты по следующим критериям: пол (мужской), специальность (механизатор), профессиональное заболевание (вибрационная болезнь). Данные критерии были отобраны с учетом того, что продолжительное влияние физических факторов (общая вибрация сельскохозяйственной техники) на организм человека вызывает профессиональное заболевание (вибрационная болезнь). Данному заболеванию преимущественно подвержены мужчины, так как именно лица мужского пола чаще всего работают по специальности «механизатор».

Все исследуемые факторы в процессе проведенного исследования были разделены на психологические и медико-социальные. К медико-социальным факторам адаптации к ситуации профессионального заболеваниям сельского населения относятся: 1) пол сельского жителя; 2) возраст; 3) стаж работы по специальности; 4) длительность профессионального заболевания с момента его установления; 5) процент утраты профессиональной трудоспособности и группа инвалидности (отражает тяжесть профессионального заболевания и величину выплат).

Возраст пациентов и стаж работы в специальности находящихся на лечении имеет зависимость от длительности профессионального заболевания с момента его установления.

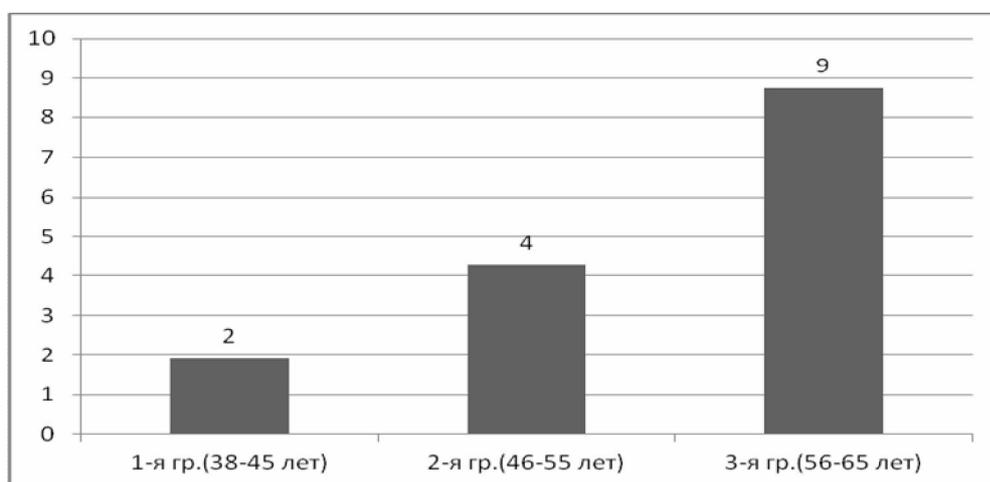


Рис.1. Средний показатель длительности заболевания с момента его установления в различных возрастных группах (абс)

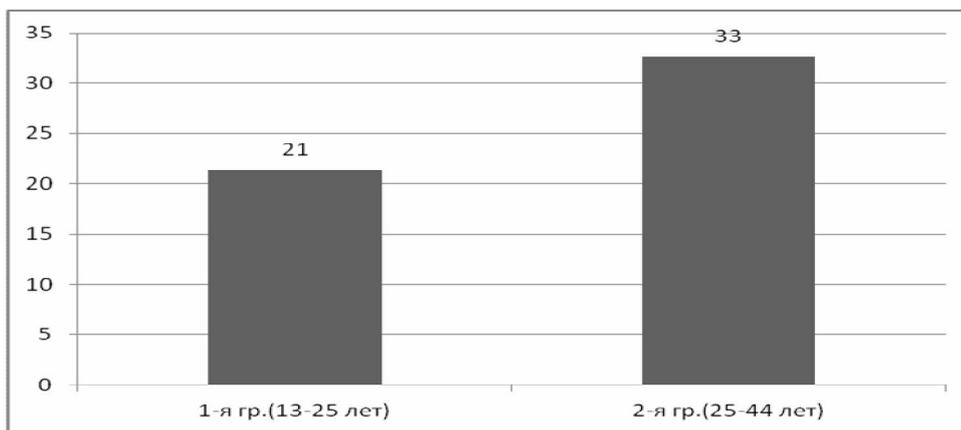


Рис. 2. Средний показатель длительности заболевания с момента его установления в зависимости от стажа работы в специальности (абс)

Данные исследования свидетельствуют о том, что чем раньше было установлено профессиональное заболевание, тем возраст и стаж работы в специальности будет меньше. Так же, влияние патогенных факторов производства будет иметь менее длительное воздействие на организм человека. Это позволит продлить его трудоспособность в условиях с меньшим воздействием данных факторов и способствует сохранению адаптационных механизмов в условиях установленного профессионального заболевания.

Так же момент установления профессионально заболевания влияет на установление медико-социальной экспертной комиссией процента утраты профессиональной трудоспособности или группы инвалидности. Данное утверждение отражается в графическом анализе корреляционной зависимости ($r = 0,769139$) данных величин (Рис. 1 и 2).

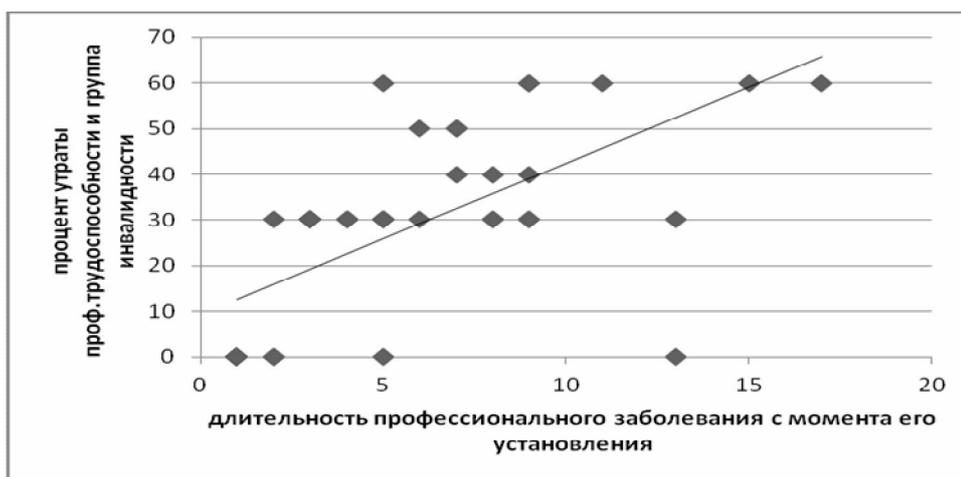


Рис. 3. Зависимость длительности заболевания с момента его установления от процента утраты профессиональной трудоспособности (абс)

Анализ материалов эмпирического исследования позволил выявить закономерность: чем позже было установлено профессиональное заболевание, тем его тяжесть усугубляется, что приводит к большему проценту утраты профессиональной трудоспособности и группе инвалидности (Рис. 3).

Адаптация пациентов к социальной жизни и профессиональной деятельности в ситуации профессионального заболевания зависит от множества медико-социальных факторов. Одним из таких факторов является возраст. Что бы определить, насколько сильно данный фактор влияет на процесс адаптации, построим корреляционное облако, где линия тренда покажет данную связь.

На рисунке 4 представлена зависимость уровня адаптации испытуемых, имеющих профессиональное заболевание, и их возрастом. Выявленная зависимость свидетельствует, что с увеличением возраста пациента снижается показатель уровня его адаптации ($r = -0,33646$).

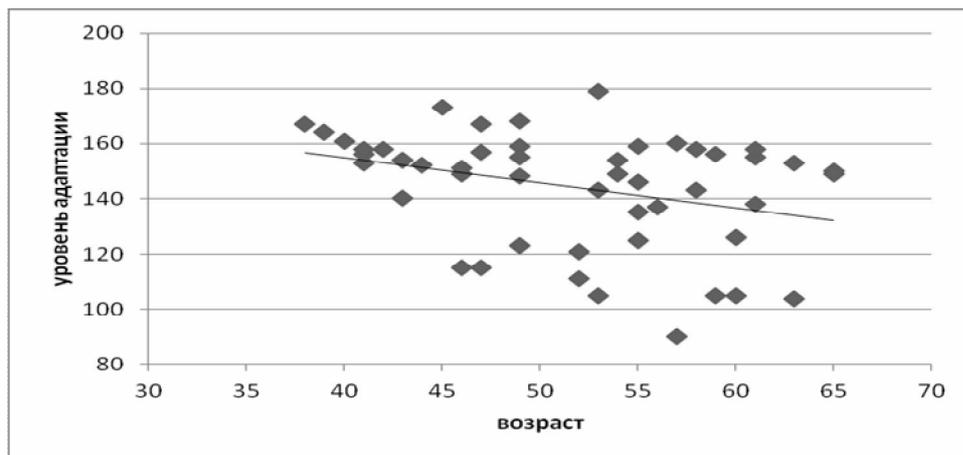


Рис. 4. Зависимость уровня адаптации от возраста пациентов с профессиональными заболеваниями (абс)

Графический анализ среднего показателя уровня адаптации в зависимости от возрастной группы позволяет наглядно продемонстрировать адаптивность пациентов в различных возрастных группах (Рис.5).

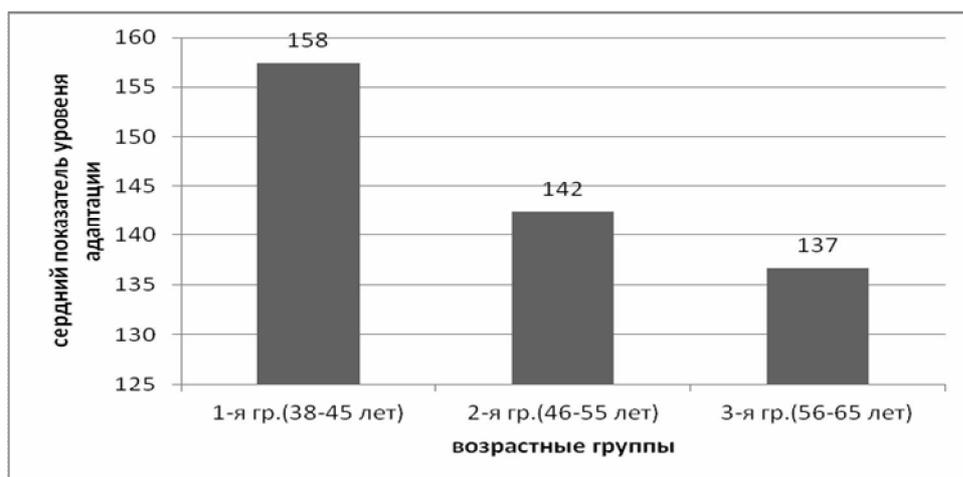


Рис.5. Средний показатель уровня адаптации в зависимости от возраста (абс)

Согласно ответам опрошенных, бóльшая адаптированность наблюдается у группы пациентов в возрасте 38-45 лет, где полученный показатель 158 баллов стремится к высокому показателю уровня адаптации в связи с болезнью.

С возрастом же уровень адаптации снижается, что наглядно видно у пациентов второй возрастной группы 46-55 лет. Наиболее низкий уровень адаптации выявлен в группе в возрасте 56-65 лет (137 баллов). Данный показатель диагностирует среднюю, стремящуюся к низкой степени адаптированность пациента в ситуации болезни. Таким образом, наиболее подвержены пациенты более «зрелого» возраста.

На рисунке 6 представлен график, показывающий отрицательную и слабую корреляционную зависимость ($r = -0,25483$) уровня адаптации от стажа работы в специальности пациентов с профессиональными заболеваниями. Направление линии тренда свидетельствует о снижении уровня адаптации при увеличении стажа работы.

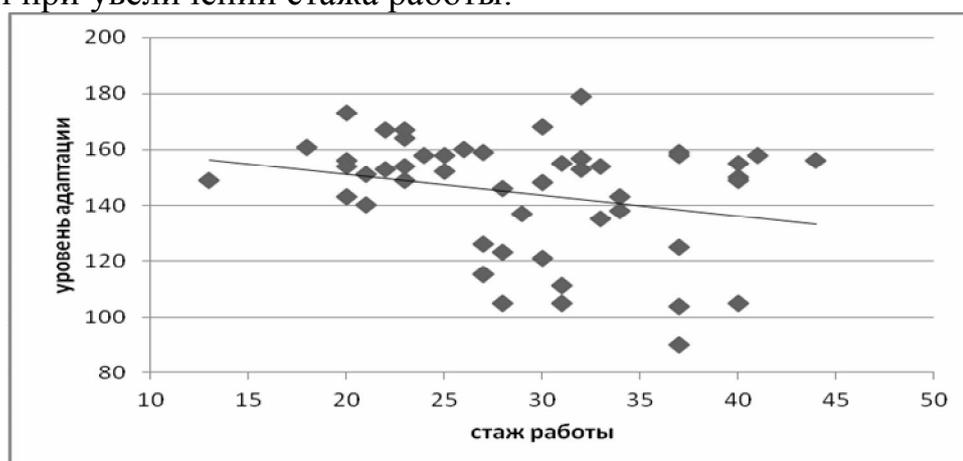


Рис. 6. Зависимость уровня адаптации от стажа работы в специальности пациентов с профессиональными заболеваниями (abc)

Для выявления группы пациентов, подверженных дезадаптации была построена гистограмма среднего показателя адаптации пациентов с профессиональными заболеваниями в зависимости от стажа работы в специальности (Рис. 7).

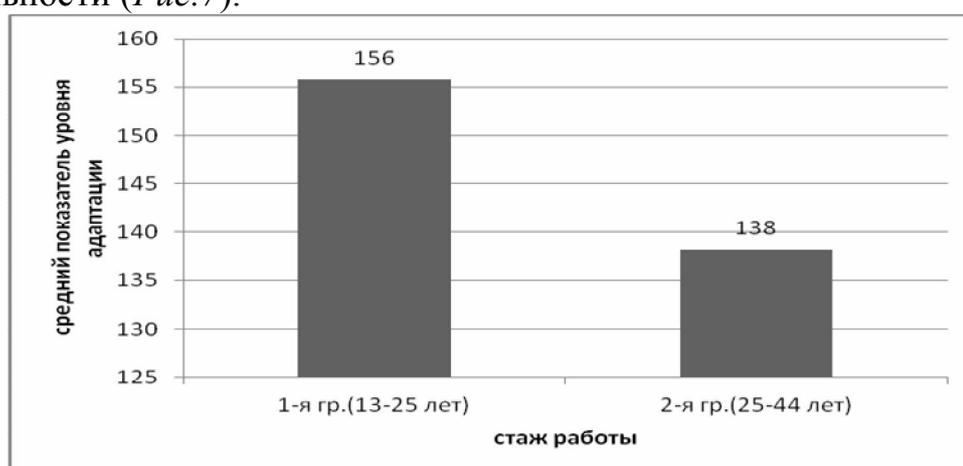


Рис. 7. Средний показатель уровня адаптации, в зависимости от стажа работы в специальности (abc)

По данным анкетного опроса показатели гистограммы свидетельствуют, что рабочие со стажем работы в специальности более 25 лет менее

адаптированы, а именно показатель уровня адаптации у пациентов ФГБУН Саратовский НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора составил 138 баллов. У рабочих сельской промышленности со стажем до 25 лет показатель адаптированность выше 156 баллов. Таким образом, показатели уровня адаптации у пациентов с профессиональными заболеваниями снижаются с увеличением стажа его работы. Данная зависимость объясняется тем фактом, что не были вовремя предприняты меры по устранению влияния патогенных факторов производства на организм человека и оказанию полноценной медицинской помощи. Показатели уровня адаптации (138 баллов) второй группы пациентов со стажем работы в специальности более 25 лет, находятся в зависимости от возрастных группы (46-55; 56-65 лет), где показатель уровня адаптации составил 142 и 137 балла. Эта корреляция подтверждает, что влияние возраста и стажа пациента с вибрационной болезнью неразрывно связаны и одинаковой силой влияют на уровень адаптации.

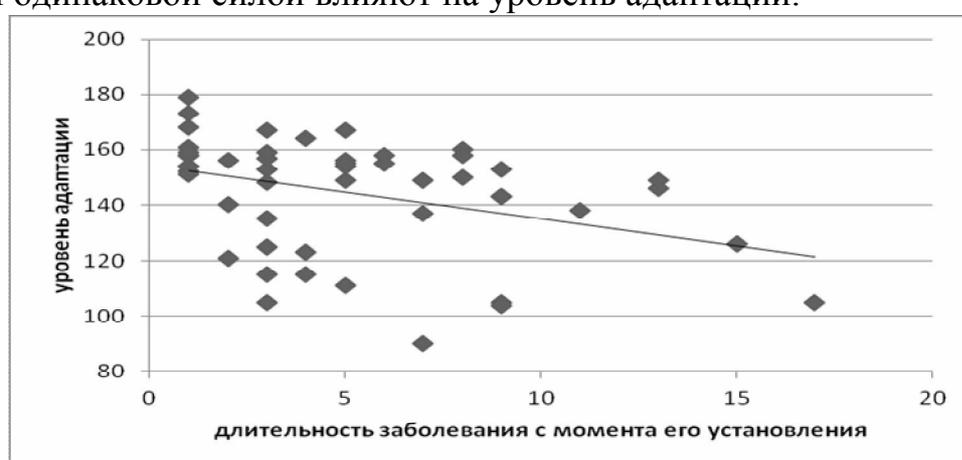


Рис. 8. Зависимость уровня адаптации от длительности заболевания с момента его установления у пациентов с профессиональными заболеваниями (абс)

Для анализа зависимости уровня адаптации пациентов с профессиональными заболеваниями от длительности заболевания с момента его установления построим корреляционное облако, где линия тренда и значения корреляции покажут направление и силу измеряемых показателей (Рис. 8). Графический анализ полученных данных свидетельствует о наличии значимой отрицательной корреляционной связи ($r = -0,37068$) между уровнем адаптации пациентов с профессиональными заболеваниями и длительностью профессионального заболевания с момента его установления. Линия тренда показывает, что для данной группы пациентов уровень адаптации снижается с увлечением длительности профессионального заболевания.

Графический анализ данных, полученных в ходе исследования, подтверждает, что чем больше прошло времени с момента установления профессионального заболевания, тем ниже уровень адаптации пациентов к ситуации болезни (Рис. 9).

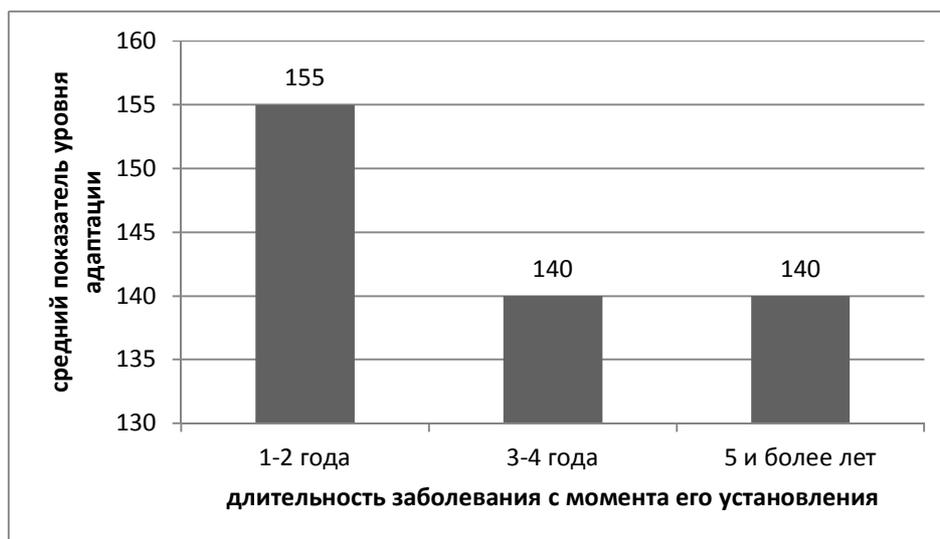


Рис. 9. Среднее значение уровня адаптации в зависимости от длительности заболевания с момента его установления (абс)

Как показали результаты исследования, средний уровень адаптации пациентов с длительностью профессионального заболевания 1-2 года с момента его установления составил 151 балл. Однако с увеличением длительности заболевания уровень адаптации пациентов снижается (140 баллов), это свидетельствует о прогрессивном влиянии болезни на психику человека и снижении уровня адаптации к ситуации профессионального заболевания.

На рисунке 10 представлен график, отражающий зависимость уровня адаптации от процента утраты профессиональной трудоспособности и группы инвалидности. Корреляционный анализ ($r = -0,47298$) данных факторов свидетельствует, что при утрате профессиональной трудоспособности и группы инвалидности, уровень адаптации снижается. Так же следует отметить тот факт, что величина денежных выплат не способствует адаптации пациентов с профессиональными заболеваниями, и существующая на данный момент программа реабилитации данных пациентов не является эффективной.

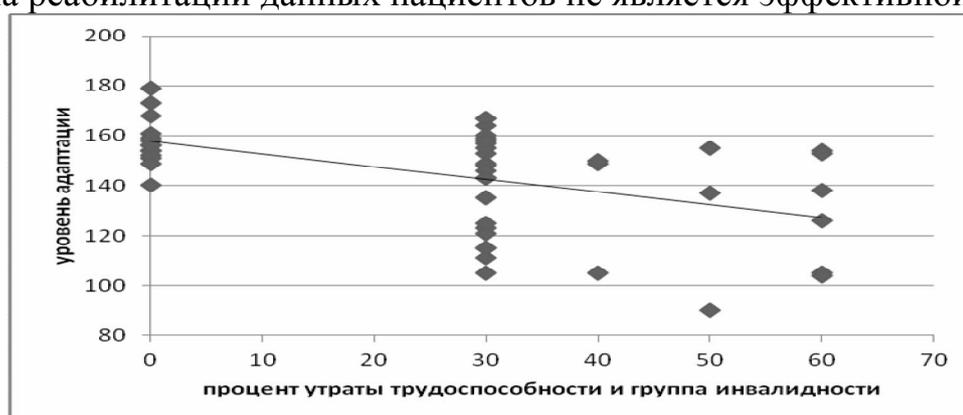


Рис.10. Зависимость уровня адаптации от процента утраты профессиональной трудоспособности и группы инвалидности пациентов с профессиональными заболеваниями (абс)

Данные эмпирического исследования, представленные на рисунке 11, отражают зависимость среднего уровня адаптации от процента потери профессиональной трудоспособности и группы инвалидности.

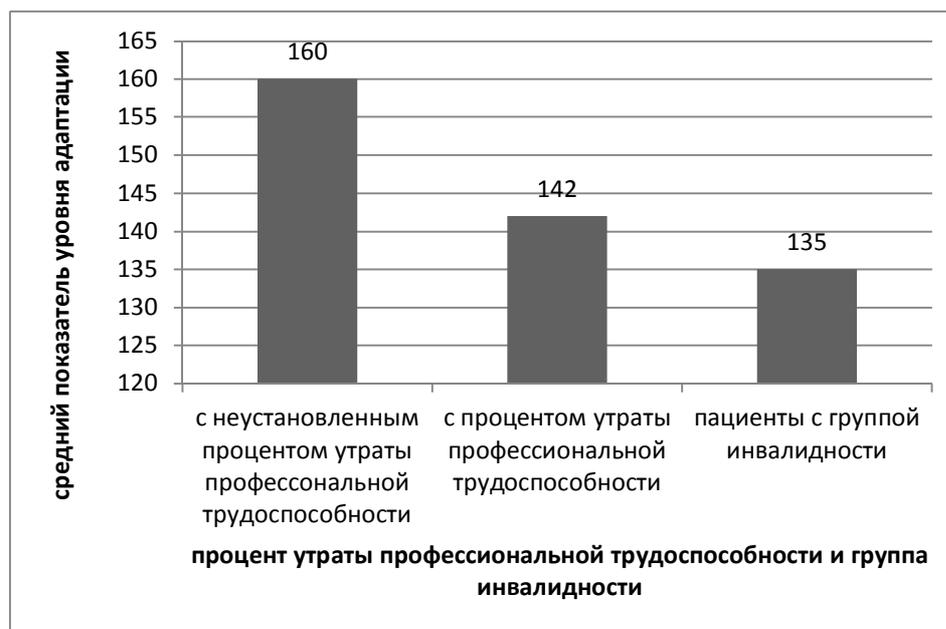


Рис. 11. Среднее значение уровня адаптации в зависимости от процента утраты профессиональной трудоспособности и группы инвалидности (абс)

Показатели, полученные в результате оценивания среднего значения уровня адаптации в зависимости от процента утраты трудоспособности и группы инвалидности, свидетельствуют, что показатель уровня адаптации пациентов с неустановленным процентом утраты профессиональной трудоспособности (160 баллов) свидетельствует о средней степени адаптации с тенденцией к повышению уровня. Однако в группе пациентов с процентом утраты трудоспособности 30% (142 балла) и пациентов имеющих группу инвалидности (135 баллов), показатель уровня адаптации снижен. Полученные результаты в группе инвалидов и пациентов с процентом утраты профессиональной трудоспособности имеют среднее значение уровня адаптации с тенденцией к низкому показателю. Таким образом, тяжесть заболевания характеризуется постепенным усложнением, что приводит к утрате трудовой деятельности, а тем самым и к дезадаптации пациента.

Таким образом, корреляционный анализ позволил выявить влияние медико-социальных факторов на уровень адаптации пациентов с профессиональными заболеваниями на примере сельского населения и установить, что значимыми факторами являются длительность профессионального заболевания с момента его установления и пациенты с процентом утраты профессиональной трудоспособности, и группой инвалидности. Возраст и стаж так же имеют влияние на уровень адаптации, но значения, вычисленные по формуле корреляции, свидетельствуют, что их влияние менее сильное.

Выявлена обратная зависимость адаптации пациентов с профессиональными заболеваниями от возраста, профессионального стажа, длительности заболевания с момента его установления и процента утраты профессиональной трудоспособности, и группы инвалидности.

Материалы эмпирического исследования позволили охарактеризовать группы пациентов, которые в наибольшей степени подвержены дезадаптации:

- возрастные группы 46-55 и 56-65 лет;
- стаж работы в специальности более 25 лет;
- длительность профессионального заболевания с момента его установления более двух лет;
- у данных пациентов имеется процент утраты профессиональной трудоспособности или группа инвалидности.

Данные пациенты нуждаются в психотерапии, с целью коррекции адаптации к своему профессиональному заболеванию.

Литература

1. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 27 ноября 1995 г. N 48, ст. 4563.

Эртель Л.А.

г. Краснодар, Россия

АНОО ВПО «Институт экономики и управления
в медицине и социальной сфере»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ГРАЖДАНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В условиях глобализации процесса старения населения, проблемы граждан пожилого возраста обозначились еще более рельефно, и среди них лидирующее положение прочно заняли неустойчивое материальное положение, сниженный статус здоровья и одиночество.

По данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации доля пожилых граждан неуклонно растет. В 2005 году доля численности населения старше трудоспособного составляла 20,4%, в 2010г. – 21,8%, в 2013г. – 23,1% [1]. По данным выборочного обследования населения России по проблемам занятости экономически неактивное население в возрасте старше трудоспособного составляет в 2013 г. 46% в возрастной группе у мужчин старше 60 лет, у женщин старше 55 лет. Уровень занятости данной категории лиц составляет 29,2%, уровень безработицы 3,1%. По итогам Комплексного наблюдения условий жизни населения, доля работающих пенсионеров составляет 23%, из них пенсионеры, получающие пенсию в связи с достижением пенсионного возраста – 18,8%, пенсию по инвалидности – 4,5%. По материалам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств, когорта малоимущих женщин старше 55 лет в 2012 году составила 6,9%, мужчин в возрасте 60 лет и старше – 2,7%. Малоимущие домашние хозяйства, имеющие в своем составе пенсионеров (кроме пенсионеров по инвалидности) составляют 30,6%. Из числа получателей

пособий по социальному обеспечению малоимущие, получающие пенсию по старости составляют – 10,3%, пенсионеры по инвалидности – 2,3%. Средний размер назначенных пенсий за 2012 год – 9041 руб., величина прожиточного минимума пенсионера – 5123 руб. Поступление страховых взносов и налоговых платежей в Пенсионный фонд Российской Федерации составляет 9,4% к ВВП, расходование средств Пенсионного фонда Российской Федерации на финансирование выплат населению пенсий и пособий - 7,8% к ВВП[2].

В среднем, каждый пожилой человек имеет 5-8 хронических заболеваний, которые обуславливают не только ограничение возможностей жизнедеятельности, но и инвалидность лиц старшего возраста. У пожилых людей уровень заболеваемости в 2 раза, а в старческом возрасте – в 6 раз выше, чем у лиц трудоспособного возраста. Так заболеваемость впервые выявленными злокачественными образованиями в 2012 г. в возрастной группе 40-59 лет у мужчин составила 378,5, у женщин – 409,4, а в возрастной группе 60 лет и более у мужчин – 1706,2, у женщин- 1003,2 на 100.000 населения. Заболеваемость активным туберкулезом в возрастной группе 55-64 года у мужчин – 94,7%, у женщин – 23,9%; в возрастной группе 65 и более у мужчин – 49%, у женщин – 19,1% на 100.000 населения соответственно.

На конец 2012 года в России функционировало 1406 учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых на 251 тыс. мест с 247 тыс. человек, проживающих в них. На 1 января 2013 г. на очереди для помещения в учреждения для взрослых состояли 16,5 тыс. человек. Работали 22 дома милосердия (1,5 тыс. человек), 30 геронтологических центров (7,6 тыс. человек). Из общего числа зданий учреждений для престарелых и инвалидов 0,6% находилось в аварийном состоянии, 2,0% - в ветхом, 3,8% требовали реконструкции [3].

Люди пожилого возраста наиболее часто страдают болезнями, приводящими к инвалидности (сердечно-сосудистые и цереброваскулярные болезни, новообразования, заболевания костно-мышечной системы, психические болезни, заболевания органов слуха и зрения). Отличительная особенность лиц пожилого возраста - сочетание патологических изменений различных органов и систем, причем для более старших когорт характерно нарастание масштабов болезней нервной системы, патологий психического здоровья. Возрастает численность пожилых людей с пограничными нервно-психическими расстройствами, личностными девиациями, неврозами. Данная категория нуждается в постоянном уходе по причине плохого здоровья или преклонного возраста. Примерно пятая часть их могла бы получать социально-медицинские услуги на дому, остальные нуждаются в стационарном социальном обслуживании.

К числу проблем, которые осложняют жизнедеятельность пожилых людей, относится недостаточная доступность медицинской помощи и социально-медицинских услуг, дороговизна лекарственных средств.

Пожилые люди более чем другие возрастные группы нуждаются в профилактической, лечебной и социальной помощи, и нарушение их здоровья не в полном объеме компенсируется социальными мерами.

Потеря своего социального статуса, активной жизни тяжело переносится пожилым человеком. И для компенсации этого главную роль должна играть семья. Однако нередко приходится говорить о том, что именно взаимоотношения пожилых граждан с членами семьи негативно влияют на самочувствие и жизнедеятельность старшего поколения.

Пожилые люди, свободные от повседневного труда на производстве, чаще всего занимаются воспитанием внуков (в тех семьях, где они имеются). В современной семье бабушка и дедушка принимают на себя существенную часть забот со среднего поколения. Однако разгрузка среднего поколения за счет старшего не является основной необходимостью. В действительности интересы и потребности стареющих граждан отнюдь не ограничиваются семьей, детьми, внуками. Облегчая детям нагрузку по дому, пожилые жертвуют здоровьем, досугом, отдыхом, общением и другими важными для них ценностями.

Особенность пожилого гражданина заключается также в том, что он чаще других выступает как объект насилия (плохой уход, физическое, психологическое, моральное насилие) со стороны социального окружения, однако это не значит, что пожилым не свойственны проблемы, связанные с одиночеством, кризисом семейных отношений, злоупотреблением алкоголем, депрессией и психической неуравновешенностью.

Проблема одиночества выступает как социальная и психологическая проблема перед людьми пожилого возраста. С одной стороны, наблюдается сужение контактов, связанное с выходом на пенсию, обретением детьми самостоятельности, а в дальнейшем – с естественным уходом из жизни друзей и родственников. С другой стороны человеку необходимо преодолеть три подкризиса. Они связаны с переоценкой "Я-концепции", из которой исчезает ее главная составляющая "Я-профессиональное", а также с осознанием старения тела и ухудшения здоровья, продолжением "самоозабоченности" и восприятием смерти как финального этапа жизни [4].

Помимо рассмотренных общих проблем, затрудняющих жизнедеятельность большинства лиц старшего поколения, имеются дифференцированные проблемы, влияющие на социальное функционирование отдельных категорий пожилых людей. К таким специфическим категориям относятся лица с выраженной социальной недостаточностью, ограниченными возможностями здоровья и передвижения, нуждающиеся в постоянном уходе; тяжело больные лица старшего поколения, нуждающиеся не только в повышенных объемах медицинской помощи, но нередко и в паллиативных мерах медицинского обслуживания.

Всемирная организация здравоохранения выделяет 3 вида медицинской помощи пожилым: первичная медико-санитарная помощь; первичная медицинская помощь; гериатрическая помощь.

Основная задача гериатрической помощи в РФ - поддержание функциональной и социальной независимости людей пожилого и старческого возраста. Служба представлена следующими составляющими: службы здравоохранения; службы социальной помощи.

По данным Министерства здравоохранения Краснодарского края около 20% всего населения - это лица пожилого и старческого возраста (старше 60 лет), из них почти 360 тыс. – мужчины и около 647 тыс. - женщины. Долгожителей (85 лет и старше) на Кубани проживает почти 50 тыс. человек (1% от всего населения).

Функции краевого гериатрического центра в Краснодарском крае осуществляет государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинический госпиталь для ветеранов войн» министерства здравоохранения Краснодарского края. Основной контингент госпиталя составляют инвалиды и участники Великой Отечественной войны, средний возраст которых 80-90 лет.

В крае принимаются активные меры для развития специализированной гериатрической медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. Одной из важнейших задач медицинских учреждений края является проведение ежегодной углубленной диспансеризации ветеранов войн с целью последующей медицинской реабилитации, в том числе и в условиях стационара.

В целях улучшения медицинской и социальной помощи больным пожилого и старческого возраста, одиноким, детям - инвалидам и другим лицам, страдающим хроническими заболеваниями и по состоянию здоровья нуждающимся в поддерживающем лечении, повышения эффективности использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений, требуется развертывание больницы долговременного пребывания на койке и развитие учреждений сестринского ухода.

За 2012г. на койках сестринского ухода в крае было пролечено 5086 больных (2008г. – 4232.), в том числе сельских жителей - 3824 чел. (2008г. - 3053 чел.). Число лиц старше трудоспособного возраста, получивших лечение на койках сестринского ухода, в 2012г. составило 3895 чел., что на 30,1% превысило уровень 2008г. (2995 чел.).

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012г. №2511-р в крае утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», согласно которой необходимо проведение реабилитации и паллиативной помощи в стационарных условиях. Открытие коек паллиативной помощи позволит снизить нагрузку на дорогостоящие койки, на которых оказывается реанимационно-интенсивная помощь. Число больничных коек круглосуточного стационара, на которых проводится реабилитация пациентов в крае увеличилось со 107 коек в 2008г. до 210 коек в 2012 г.

Среднегодовая занятость или работа коек для реабилитации в 2012г. увеличилась на 69,7%, кроме того, вырос оборот койки с 3,8 (2008г.) до 10,6 (2012г.), на 39,7% сократилась средняя длительность пребывания больного на койке. Более чем в 5 раз увеличилось число пролеченных больных (2008г. - 403 чел., 2012г. - 2219 чел.).

В настоящее время государственная политика в области здравоохранения реализуется в соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития. Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование

системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовыми достижениями медицинской науки. В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым к 2020г. должна достигнуть значения 10,0 на 100 тыс. взрослого населения, а обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям - 2,08 на 100 тыс. детского населения [5].

В зависимости от формы собственности, специализации по форме оказания социальных услуг и наличия специализации по категориям лиц, которым учреждение (отделение) оказывает услуги, в РФ утверждена номенклатура учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

По специализации социальных услуг в соответствии с Федеральным законом от 02.08.1995 N 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов могут быть:

1. Специализированными учреждениями (отделениями) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.
2. Комплексными учреждениями социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

По форме, в которой специализированные учреждения (отделения) оказывают социальные услуги гражданам пожилого возраста и инвалидам, они подразделяются на:

1. Стационарные учреждения (отделения) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.
2. Учреждения (отделения) полустационарного социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.
3. Учреждения (отделения) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов на дому.
4. Учреждения (отделения) срочного социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.
5. Учреждения (отделения) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, оказывающие социально-консультативную помощь.
6. Специальные дома для одиноких престарелых (социальные квартиры), предоставляемые муниципальным жилищным фондом социального использования для граждан пожилого возраста и инвалидов.

В Краснодарском крае 50 государственных бюджетных учреждений социального обслуживания населения. В данных учреждениях в 2013г. функционировало: 19 стационарных отделений на 421 место, количество обслуженных – 2451 человек; 6 полустационарных отделений на 148 места, количество обслуженных – 2845 человека; 1031 нестационарных отделений, количество обслуженных 589672 человека, в том числе получили социальное обслуживание на дому 59139 человек [12].

Социальная защита пожилых и престарелых граждан на современном уровне осуществляется по трем основным направлениям: социальная поддержка; социальное обслуживание; социальное обеспечение.

Механизм социальной защиты пожилых граждан реализуется на государственном (федеральном и региональном) и местном уровнях. Государственный федеральный уровень социальной защиты обеспечивает гарантированное предоставление законодательно установленных пенсий, услуг и льгот в соответствии с установленными денежными и социальными нормативами. На региональном уровне с учетом местных условий и возможностей решаются вопросы дополнительного повышения уровня обеспечения сверх государственного. По усмотрению местных органов возможно установление региональных норм обеспечения, но не ниже закрепленных в федеральном законодательстве.

Государство гарантирует гражданам пожилого возраста и возможность получения социальных услуг на основе принципа социальной справедливости независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств.

Гражданам пожилого возраста и инвалидам обеспечивается возможность получения достаточных для удовлетворения их основных жизненных потребностей социальных услуг, которые включаются в федеральный и территориальные перечни гарантированных государством социальных услуг.

Таким образом, создание системы социальных услуг, соответствующей потребности населения – одна из важнейших задач государства в период социально-ориентированной рыночной экономики.

Создание демократического общества в России предусматривает действенную политику в отношении пожилых граждан. Одной из ее составных частей стала разработка российским правительством основных направлений социальной политики РФ по социальной защите пожилых.

Основы правового регулирования деятельности органов государственной власти и местного самоуправления в РФ по решению социальных проблем пожилого населения составляет Конституция Российской Федерации, которая всенародно провозгласила социальные права граждан на «социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности...», «государственные пенсии и социальные пособия» [6].

В соответствии с положениями Конституции, принят целый ряд социальных Законов Российской Федерации, а соответствующие министерства и ведомства разработали условия и порядок их практического и эффективного применения [7].

Законодательную и правовую основу социальной работы с пожилыми составляют: федеральные законы Российской Федерации от 10.12.1995 N 195-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации", Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации"

(вступит в силу с 01.01.2015г.); Федеральный закон от 02.08.1995 N 122-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (утрачивает силу с 01.01.2015г.); Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 28.12.2013) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"; Федеральный закон от 12.01.1995 N 5-ФЗ (ред. от 25.11.2013, с изм. от 06.02.2014) "О ветеранах"; Федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗ (ред. от 12.03.2014) "О государственной социальной помощи"; Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ, которым установлено, что функции по определению Перечня гарантированных государством социальных услуг переданы органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом потребностей населения, проживающего на территориях соответствующих субъектов Российской Федерации; порядок предоставления бесплатного социального обслуживания определяется органами государственной власти субъектов Российской Федерации; изменена система льгот и обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, и, в частности, функции по определению порядка и условий предоставления бесплатного домашнего, полустационарного и стационарного социального обслуживания, а также на условиях полной или частичной оплаты, переданы органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а не Правительством РФ, как было ранее [7].

Основной свод понятий, норм, правил и процедур, определяющих статус пожилых граждан, их права, взаимоотношения с обществом, государством, различными организациями сосредоточены в Федеральном Законе РФ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов". Закон юридически закрепляет сложившуюся систему помощи пожилым и инвалидам, определяет структуру, минимальный объем и порядок оказания услуг. Указанный закон закрепляет следующие формы социальной защиты этой категории граждан:

- стационарное обслуживание в учреждениях социального обслуживания;
- полустационарное социальное обслуживание;
- социально-медицинское обслуживание на дому;
- срочное социальное обслуживание;
- социально-консультативная помощь.

Закон определяет условия оказания социальных услуг, роль учреждений социального обслуживания в обществе, основные источники финансирования системы социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, определены права социальных работников и меры контроля за деятельностью по предоставлению социальных услуг.

Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации", который вступит в силу с 1 января 2015 г. определяет следующие формы обслуживания:

- социального обслуживания на дому;
- в полустационарной форме;
- в стационарной форме.

Виды социальных услуг для данной категории граждан представлены следующим образом:

- социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

- социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;

- социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;

- социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;

- социально-трудоустройство, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;

- социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;

- услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;

- срочные социальные услуги [8].

Глава 7, регламентирующая организацию предоставления социальных услуг, определяет реестр поставщиков социальных услуг, регистр получателей социальных услуг, порядок и формы межведомственного взаимодействия при организации социального обслуживания в субъекте Российской Федерации; мероприятия по профилактике обстоятельств, обуславливающих нуждаемость гражданина в социальном обслуживании.

В настоящее время для решения социальных проблем отдельных категорий граждан, в частности пожилых, принято постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 N 296 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Социальная поддержка граждан" (2013-2020 гг.).

Цели программы – создание условий для роста благосостояния граждан-получателей мер социальной поддержки и повышение доступности социального обслуживания населения. Среди четырех подпрограмм для граждан пожилого возраста реализуются следующие: «Развитие мер социальной поддержки отдельных категорий граждан», «Модернизация и развитие социального обслуживания населения». Эффективность реализации

государственной программы определяется достижением следующих показателей:

- снижение численности населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума от общей численности населения с 11,1 до 9%;
- увеличение доли граждан, получивших социальные услуги в учреждениях социального обслуживания населения, в общем числе обратившихся за этими услугами граждан с 97,9 до 100%;
- увеличение доли малоимущих граждан, получивших государственную социальную помощь на основании социального контракта, в общей численности малоимущих граждан, получивших государственную социальную помощь, с 1,1 до 10% [9].

Социальная политика государства в отношении пожилых граждан реализуется и посредством целевых программ федерального и регионального уровней. Федеральная целевая программа "Старшее поколение" (2009-2013 гг.) направлена на комплексное решение вопросов, жизненно важных для пожилых граждан. Программа отдает приоритет решению социальных проблем наиболее уязвимых категорий пожилого населения: одиноких престарелых и престарелых супружеских пар, утративших частично или полностью способность к самообслуживанию, тяжело больных ветеранов, пожилых граждан, вынужденных переселенцев старших возрастных групп, пожилых из состава маргинальных групп населения.

Состоящая из 5 разделов, программа предусматривает создание широкой сети гериатрических больниц, больниц сестринского ухода, геронтологического, геронтопсихиатрических центров, хосписов, домов – интернатов малой вместимости, отделений милосердия, домов ночного пребывания и других учреждений для лиц без определенного места жительства, престарелых беженцев и вынужденных переселенцев; организацию и развитие отделений медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях [10, 11].

Во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 27 ноября 2010 года № Пр-3646ГС, Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2010 года № АЖ-П12-8307 в Краснодарском крае была разработана и реализовывалась долгосрочная краевая целевая программы "Старшее поколение" на 2009-2013 годы. Программой предусмотрены следующие цели и задачи:

- содействие в повышении уровня и качества жизни граждан пожилого возраста в Краснодарском крае;
- совершенствование механизмов нормативного регулирования в сферах защиты прав и интересов пожилых людей предоставление широкого спектра социальных услуг, способствующих нормальной жизнедеятельности и достойному образу жизни в пожилом возрасте, в том числе развитие системы услуг по уходу за гражданами пожилого возраста, сети соответствующих учреждений, института приемной семьи для граждан пожилого возраста, расширение практики использования мобильных бригад, обеспечение транспортных услуг;

- модернизация материально-технической базы учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов;

- формирование позитивного отношения к старости и пожилым людям как уважаемым и активным членам общества; содействие в развитии творческого потенциала пожилых людей, в том числе проживающих в сельской местности и наиболее удаленных от крупных культурных центров населенных пунктах;

- формирование активной жизненной позиции, привлечение к участию в культурной жизни края, развитие ветеранского спортивного движения, использование пожилыми людьми спортивных, оздоровительных, рекреационных объектов;

- активное привлечение граждан старшего поколения к занятиям физической культурой и спортом, проведение спортивно-массовых мероприятий;

- развитие социального туризма для граждан пожилого возраста;

- внедрение систем материального стимулирования социальных работников, специалистов по социальной работе за достижение высоких результатов в работе по социальному обслуживанию граждан пожилого возраста.

С целью создания условий для роста благосостояния отдельных категорий граждан и повышения доступности социального обслуживания населения Краснодарского края Постановлением главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 11 октября 2013 года № 1173 утверждена государственная программа Краснодарского края "Социальная поддержка граждан" (2014-2018гг.), направленная на развитие мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, модернизацию и развитие социального обслуживания населения [12].

В современных условиях усугубления социальных проблем возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Из потребностей практики возникает необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи населению как новых социальных технологий, которые позволят обеспечить гражданам комплексные социальные услуги при заболевании, утрате трудоспособности, инвалидности и иных случаях с акцентом на связанные со здоровьем социальные проблемы.

Формирующийся в современной России институт медико-социальной работы предполагает решение социальных проблем, определяющих уровень здоровья, и повышения эффективности систем здравоохранения для обеспечения большего равенства в уровне здоровья, доступности медико-социальной помощи, уменьшения социального расслоения и социальной уязвимости отдельных социальных групп населения, введение требований безопасности физической и социальной среды.

Вопросы правового регулирования медико-социальной помощи нашли свое отражение в Федеральном законе от 21 ноября 2011г. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее новый ФЗ «Об основах») [13]. Медицинская помощь рассматривается как составляющая социального

обеспечения, включая особые гарантии в виде социального пакета услуг в отношении отдельных категорий граждан. В связи с произошедшими трансформациями, претерпела изменение и медико-социальная помощь как таковая.

Анализируя содержание тезауруса, закрепленного статьей 2 нового ФЗ «Об основах», отмечаем, что законом не предусмотрено определение понятия медико-социальной помощи. Однако в предмет регулирования настоящего закона входят правоотношения по предоставлению медицинской помощи отдельным группам населения, в частности гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями. Закрепляются понятия медицинской помощи как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Среди основных принципов охраны здоровья, назван принцип социальной защищенности граждан в случае утери здоровья. Содержание данного принципа раскрывается отдельной статьей и отсылает правоприменителя к специализированному социальному законодательству, в частности, к Федеральному закону от 24 ноября 1995г. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации.

В прежних Основах в разделе «Права отдельных групп населения в области охраны здоровья» ст. 26 были закреплены права граждан пожилого возраста в области охраны здоровья [14]. В новом ФЗ «Об основах» особенности охраны здоровья и оказания медицинской помощи данной категории граждан не выделены, и также отсылают ст.8 к специализированному социальному законодательству.

Новый ФЗ «Об основах» определяет паллиативную помощь как комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Для рассматриваемой в данной статье категории граждан потребность в данном виде помощи очевидна. Однако, институт паллиативной помощи в России неразвит в связи с отсутствием механизма финансирования предоставления данного вида помощи, неопределенностью с местом для размещения данной категории больных, недостаточностью кадров медицинских работников соответствующей специализации. В связи с этим необходима федеральная программа развития паллиативной помощи больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний.

На основании вышеизложенного следует констатировать, что правовой механизм реализации конституционного права граждан на охрану здоровья пожилых граждан в рамках медико-социальной помощи постоянно совершенствуется, однако «рассеянность» прав на медико-социальную помощь в нормативном поле Российской Федерации, осложняет её понимание и правоприменение. Для выработки инструментов, позволяющих в полном объеме реализовать конституционное право граждан Российской Федерации на медико-социальную помощь, предлагаем вернуться в законодательстве к смысловому и содержательному обозначению данного вида медицинской помощи [15].

Литература

1. Российский статистический ежегодник. Раздел: Демография. Численность и состав населения. – 2012. – С. 77-90. // http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#
2. Российский статистический ежегодник. Раздел: Уровень жизни населения. Индикаторы уровня жизни населения. Доходы населения. Пенсионное и социальное обеспечение. Социально-экономическая дифференциация населения по доходам. Расходы, сбережения и имущество населения. – 2012. – С.167-201. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/level/
3. Российский статистический ежегодник. Раздел: Здоровоохранение, 2012. – С. 285 http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/
4. Арефьева Т. Социальные проблемы пожилых в современном российском обществе // Психология старости : хрестоматия. М. : Бахрах-М, 2004. – С. 125-126.
5. Министерство здравоохранения Краснодарского края [сайт]. URL: <http://www.minzdravkk.ru/> / 20.04.2014.
6. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ, 14.04.2014, N 15, ст. 1691.
7. Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ (ред. от 28.12.2013) "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" (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.01.2014) // Собрание законодательства РФ, 30.08.2004, N 35, ст. 3607.
8. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации"//Собрание законодательства РФ, 30.12.2013, N 52 (часть I), ст. 7007.
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 N 296 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Социальная поддержка граждан" // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 24.04.2014.
10. Постановление Правительства РФ от 29.01.2002 N 70 "О Федеральной целевой программе "Старшее поколение" на 2002-2004 годы" // Собрание законодательства РФ, 11.02.2002, N 6, ст. 578.
11. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации [сайт]. URL: <http://www.rosmintrud.ru/>

12. Министерство социального развития и семейной политики Краснодарского края [сайт]. URL: <http://www.sznkuban.ru//20.04.2014>.

13. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, N 48, ст. 6724.

14. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011) // Ведомости СНД и ВС РФ, 19.08.1993, N 33, ст. 1318.

15. Эртель Л.А. Особенности правового регулирования медико-социальной помощи // Социальное и пенсионное право. – 2013. – № 2. – С.41-44.

Кром И.Л.¹, Новичкова И.Ю.¹, Ильина Т.Н.²

г. Саратов, Россия

¹Центр медико-социологических исследований, г. Саратов

Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове;

²Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.».

ПРЕДИКТОРЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Вторая половина XX века и начало XXI века, наряду с очевидными успехами в профилактике и лечении многих заболеваний, отмечены ростом инвалидизации населения. Хронические неинфекционные заболевания (и среди них болезни системы кровообращения) относятся к основным причинам смертности и инвалидизации населения России. Изучение структуры и предикторов инвалидизации больных вследствие хронических неинфекционных заболеваний в наши дни перестает быть предметом только медицинских исследований и становится одной из важных социальных проблем.

Обзор социологических исследований в области социальных проблем общественного здоровья позволяет предположить, что программы охраны здоровья, профилактики заболеваний и совершенствования медицинской помощи оказываются неэффективными вследствие «отсутствия комплексного определения здоровья с включением в него немедицинских признаков» [1, 67], то есть отсутствия интегральной модели, где учитывается многомерная, иерархическая система показателей качественного состояния населения. Характеристика здоровья может быть представлена в концепции социального здоровья и социальной безопасности (В.Н. Ярская), в которой возможность обобщения понятия социального здоровья связана «с сопутствующими понятиями социального благополучия, социального комфорта, социальной безопасности, устойчивости социального статуса» [2]. При этом «система статусных характеристик социальной группы или отдельно взятого индивида охватывает параметры экономического, этнического, профессионального, образовательного, семейного, интеллектуального, психологического укоренения человека в социум» [2, 27].

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения [3, 5], специфическими факторами, которые влияют и будут влиять на будущее соотношение инвалидов в мире, являются следующие:

- изменения в возрастной структуре населения;
- экономические особенности административной территории;
- изменения в структуре заболеваемости и смертности;
- рост урбанизации;
- экологическая обстановка.

Инвалидность – сложное социальное явление, зависящее от факторов, определяющих социализацию личности. Ограничения жизнедеятельности возникают в том случае, если больной лишён возможностей, обычно имеющихся в обществе и необходимых в повседневной жизни, включая образование, занятость, личную и финансовую безопасность, свободный доступ ко всем видам общественного обслуживания, свободу передвижения и т.д.

В отличие от существующей в России концепции, инвалидность рассматривается нами как способ социализации, возникающий при нарушении способности субъекта к освоению возрастных статусов, невозможности эффективно реагировать на изменение социальной среды из-за нарушения способности к конкуренции и приспособления.

Социализация – «это процесс и система взаимодействия личности и среды через усвоение субъектом определённых знаний, ценностей, установок, ролей, статусных характеристик и функций, присущих определённым группам» [4]. Особый интерес в исследовании социализации заслуживает попытка создания модели, связывающей различные уровни социального пространства с индивидуальными социальными фактами [5, 136-137].

По мнению Г. Штайнкампа, элементы в причинной цепи от положения в системе социального неравенства до индивидуальной болезни и продолжительности жизни представлены на различных уровнях социального пространства, расставленного в многоуровневой модели. В указанной цепи более высокий уровень определяет релевантные условия для других уровней [5, 137]. На высшем уровне (макроуровень) – социальная стратификация, определяющая неравные условия жизни и жизненные шансы. Средний (мезо-) уровень охватывает конкретные жизненные обстоятельства, в которых проявляется действие неодинаковых нагрузок и ресурсов. На нижнем (микро-) уровне процесс взаимоотношения индивида с нагрузками и ресурсами (рис. 1).

Инвалидизация больных при болезнях системы кровообращения рассматривается нами как невозможность эффективно реагировать на изменение социальной среды, как отклонение от стандартов возрастной социализации из-за нарушений освоения возрастных статусов. Сравнительный анализ работ отечественных и зарубежных авторов свидетельствует, что для анализа инвалидизации в контексте социального функционирования лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, до настоящего времени не существует обоснованной интегративной концепции предикторов инвалидности. Существующие исследования, лишь инициируют мультипарадигмальные разработки по данной проблематике.

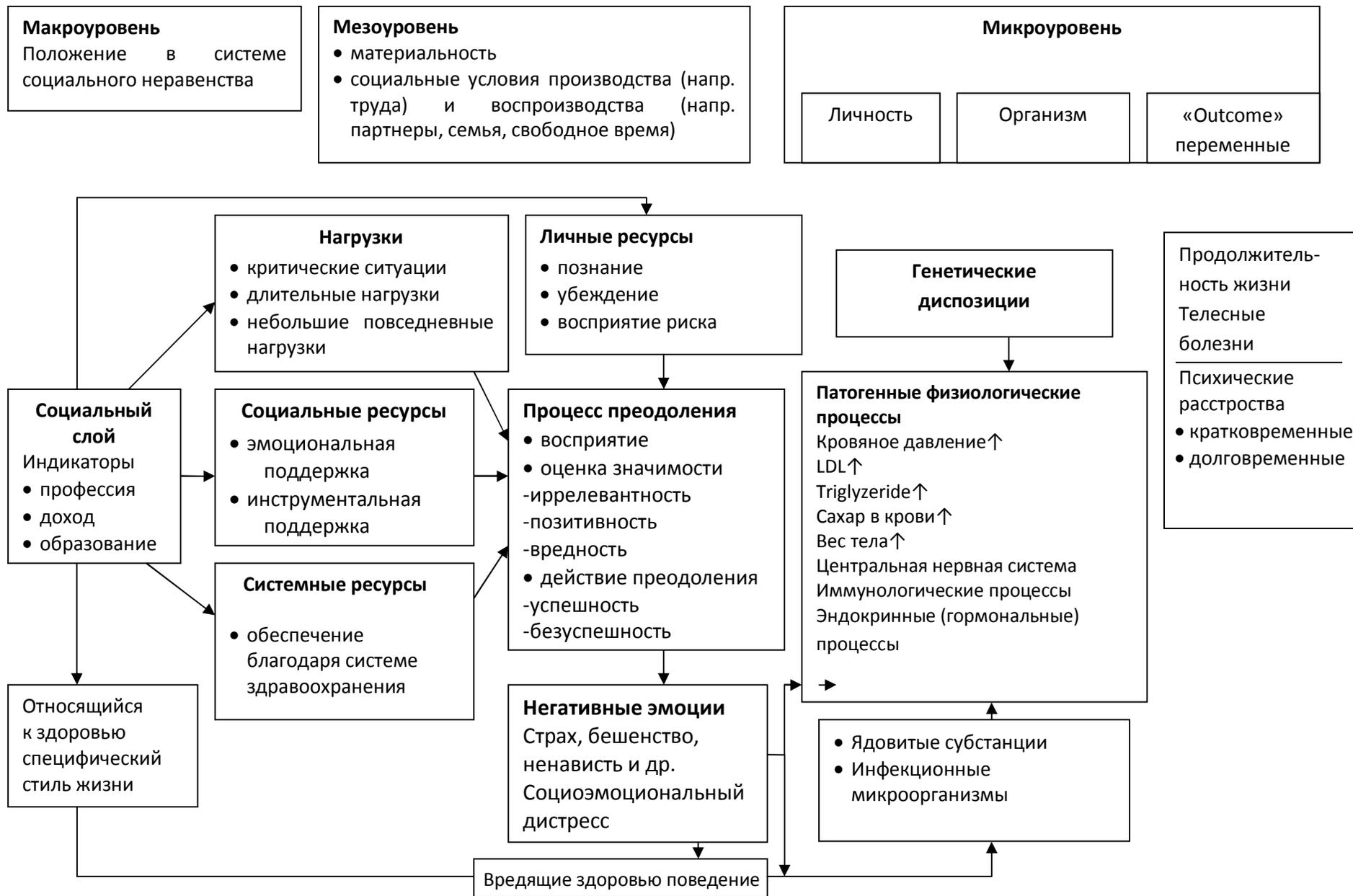


Рис. 1

Междисциплинарные исследования социализации лиц в ситуации болезни, предикторов инвалидности при хронических неинфекционных заболеваниях (болезнях системы кровообращения, пограничных психических расстройствах, сахарном диабете) проводятся в Центре медико-социологических исследований с 2008 г. Респонденты, включённые в исследование, страдали ишемической болезнью сердца, занимающей первое ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения при болезнях системы кровообращения в Саратовской области.

Критерии инвалидности, разработанные Всемирной Организацией Здравоохранения, определяющие практику установления групп инвалидности в России, предполагают чёткую корреляцию тяжести соматического состояния (дефекта), степени ограничений жизнедеятельности и социальных ограничений инвалида. Локализация и глубина поражения миокарда при перенесённом инфаркте миокарда, хроническая сердечная недостаточность и постинфарктная стенокардия являются одними из основных клинических предикторов инвалидизации больных ишемической болезнью сердца.

Не вызывает сомнений, что у больных ишемической болезнью сердца в терминальном состоянии существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности. В результате возникает неэффективность возрастной социализации, потребность в предписанном статусе инвалида. В ходе проведённого исследования на большом фактическом материале (в исследовании участвовало более 1,5 тыс. респондентов) установлено отсутствие корреляции ($p \leq 0,2$) тяжести клинических предикторов инвалидизации больных в нетерминальном состоянии и трудовой занятости – фактора эффективной возрастной социализации.

Результаты позволили подтвердить гипотезу исследования об отсутствии облигатной роли соматических предикторов в инвалидизации больных при болезнях системы кровообращения. Облигатными являются социальные и личностные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состояниями в ситуации болезни, а также ресурсы, предоставляемые обществом для социализации больных.

Было выяснено, что к группам социального риска инвалидизации трудоспособного возраста при болезнях системы кровообращения относятся больные среднего возраста, обладающие наименьшим профессиональным и квалификационным трудовым потенциалом, большинство из которых живет на уровне бедности. Возникает невозможность в связи с социальными, личностными и соматическими характеристиками эффективно реагировать на меняющуюся социальную ситуацию, усугубляется затруднение социализации.

В результате больные стремятся к установлению и поддержанию предписанного статуса инвалида.

Инвалидность (неэффективность социализации) формируется при недостаточности у больных соматических, психологических и социальных ресурсов. Способствуя инвалидизации больных, соматические предикторы не являются облигатными. Роль последних играют личностные и социальные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состоянием, «ситуацией болезни» [5] и ресурсы, представляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих соматической или психической патологией.

Проведённое исследование свидетельствует, что, в отличие от существующих в настоящее время представлений о корреляции тяжести соматической патологии и возникающих ограничений жизнедеятельности, в большей степени ограничения жизнедеятельности связаны с ситуацией болезни и качеством жизни субъекта. Функциональные нарушения, выявляемые у инвалидов, не всегда соответствуют тяжести принятых в экспертной практике ограничений жизнедеятельности. Достоверная корреляция тяжести заболевания и степени ограничения жизнедеятельности возникает у больного лишь в терминальной стадии заболевания.

Обсуждая инвалидность в терминах социализации, следует признать необходимость интегративного подхода к профилактике инвалидности, которая в современной России предполагает лишь вторичную профилактику заболеваний. Верификация предикторов инвалидизации больных при болезнях системы кровообращения позволит разработать современную концепцию профилактики инвалидности и создать комплексные программы реабилитации инвалидов.

Литература

1. Калью П.И. Сущностная характеристика понятий «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения. М. : ВНИИМИ, 1988.
2. Ярская В.Н. Благотворительность и милосердие, как социокультурные ценности // Российский журнал социальной работы. – 1995. – № 9. – С. 27-33.
3. Цит. по: Методические рекомендации по комплексному изучению причин инвалидности. М., 1989.
4. Хайруллина Ю.Р. Социализация личности в условиях трансформации российского общества. Казань: ИСЭПН АНТ, 1998. – 370 с.
5. Штайнгамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. – №1(5). – С. 115-154.
6. Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности: материалы Междунар. науч. конф. / СГУ. Саратов, 2004. – С. 223-225.

Кром И.Л.¹, Еругина М.В.², Сазанова Г.Ю.², Балева Е.С.²

г. Саратов, Россия

¹Институт социального образования

(филиал) РГСУ в г. Саратове,

Центр медико-социологических исследований

²ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

СТРАТЕГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре хронических неинфекционных заболеваний и играет значительную роль в сокращении продолжительности жизни населения в современном мире [1]. При высоком уровне заболеваемости, инвалидизация и смертность в России при ИБС превосходит аналогичные показатели в экономически развитых странах.

Современные достижения в лечении больных ИБС определяют перспективность медико-социальной реабилитации, возможность предупреждения социально-экономических последствий инвалидизации наиболее многочисленной категории больных и формируется в связи с современными принципами медико-социальной реабилитации лиц в ситуации болезни. Качество жизни больных рассматривается авторами как критерий эффективности медико-социальной реабилитации, целью которой является повышение качества жизни, восстановление социальных ролей и социального функционирования субъектов в ситуациях болезни.

С 2010 года в Центре медико-социологических исследований проводились исследования качества жизни больных, страдающих ИБС. В исследование были включены на основе случайной выборки 238 больных мужского и женского пола трудоспособного возраста (женщины до 55 и мужчины до 60 лет), страдающие ИБС. У всех больных диагноз был поставлен на основании критериев, разработанных экспертами Европейского общества кардиологов и Американской коллегии кардиологов (2000 г.) и основывался на жалобах, анамнестических, клинических данных, результатах инструментального обследования. Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность – 388 респондентов.

Для исследования показателя качества жизни был использован Опросник ВОЗ КЖ-100, имеющего модульную структуру [2, 454-484]. Предварительное исследование эффективности опросника показали его высокую валидность и чувствительность. Качество жизни рассматривается авторами Опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С

помощью Опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер.

Статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни двух групп (клинически здоровые и больные) определялась в исследовании по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$.

Медико-социальная реабилитация больных ИБС предполагает коррекцию нарушений показателей качества жизни, на величину которых оказывает влияние нарушение соматического состояния и социализации субъекта.

Проведённый анализ средних показателей качества жизни в группе клинически здоровых респондентов позволил выявить показатели, средние значения которых значимо ($p < 0,01 - p < 0,05$) различаются в группе лиц трудоспособного возраста с эффективной (группа работающих респондентов) и неэффективной возрастной социализацией (группа безработных клинически здоровых респондентов). Статистически значимое различие средних значений показателя качества жизни практически по всем субсферам: F1 «Боль и дискомфорт», F2 «Жизненная активность, энергия и усталость», F3. «Сон и отдых», F4 «Положительные эмоции», F6 «Самооценка», F7 «Образ тела и внешность», F9 «Подвижность», F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе», F13 Личные отношения, F14 «Практическая социальная поддержка», F17 «Окружающая среда дома», F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», F24 «Духовность/религия/личные убеждения» при анализе качества жизни клинически здоровых респондентов и больных ИБС связано с влиянием болезни и неэффективной социализацией.

Проведённый анализ средних показателей качества жизни в группе клинически здоровых респондентов позволил выявить показатели, средние значения которых значимо ($p < 0,01 - p < 0,05$) различаются в группе лиц трудоспособного возраста с эффективной (группа работающих респондентов) и неэффективной возрастной социализацией (группа безработных клинически здоровых респондентов). Фактором эффективной социализации лиц трудоспособного возраста является трудовая занятость. Показатели, средние значения которых значимо различаются у здоровых работающих и здоровых безработных, могут служить мерой различия в социализации индивидов: F4, F8, F13, F15 – F18, F21 – F23, G. Показатель F1 не включён из-за «инверсии порядка» значений.

В статистически значимое различие средних значений показателей качества жизни у больных и здоровых респондентов могут дать вклад как соматически детерминированные, так и социально детерминированные

составляющие. Если при сравнении средних значений показателя у здоровых безработных и больных отсутствуют значимые различия, то различия общих показателей качества жизни социально детерминированы.

В ходе исследования доказано, что приоритетные направления медико-социальной реабилитации у больных ИБС определяются возникающими вследствие ИБС изменениями показателя качества жизни в «Психологической» сфере, сферах «Социальные отношения» и «Окружающая среда».

Установленная в ходе исследования статистическая зависимость показателей качества жизни от болезни и эффективности социализации субъекта позволяет объективизировать разработку стратегий медико-социальной реабилитации больных ИБС. Исследования, выполненные авторами в Центре медико-социологических исследований г. Саратова, доказывают возможность объективизации медико-социальной реабилитации больных ИБС на мезо– и микроуровнях.

Литература

1. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary // Eur Heart J. – 2007. – 28 – P. 2375–2414.
2. Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб, 2007. – 970 с.

Междисциплинарный анализ приоритетных направлений развития здравоохранения в современной России

Басова А.В.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ ВИЧ–ИНФИЦИРОВАННЫХ

По мнению многих ученых такое явление как социальная стигма существовало на протяжении всего человечества. Слово «стигма» появилось в древней Греции, когда стали ставить клеймо на теле раба или преступника, отмечая его негативный социальный статус. Клеймо предупреждало о риске общения с этими людьми, так как это знак бесчестия.

Первое серьезное исследование стигмы как социального явления произвел американский социолог Ирвинг Гоффман, он говорит о стигматизации как о процессе выделения индивидов на основании некоторых отклонений от нормы с целью применения общественных санкций. Более современное определение стигматизации дает М. Кабанов. «Стигматизация – негативное выделение обществом индивидуума (или социальной группы) по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума (или представителей данной социальной группы)» [4].

В настоящее время стигму рассматривают как явление, в котором выделяют три правила стигмы.

Первое правило – различия между людьми подчеркиваются и становятся важными для общества. Так происходит деление людей на ВИЧ–положительных и ВИЧ–отрицательных.

Второе правило – приписывание негативных качеств определенной группе лиц, объединенных одним качеством, одной болезнью. Например, все люди с ВИЧ аморальны, опасны, стремятся заразить других ВИЧ-инфекцией.

Третье правило – деление людей на «нас» и «их». Как правило, «они» отрицательные люди, «они» аморальны, а «мы» лучше. Например, ВИЧ–инфицированные люди это «они», «они» сами виноваты в своей болезни. «Мы» здоровые, морально устойчивые и никогда не станем такими, как «они».

Выделяют несколько видов проявления стигмы: общественный вид, институциональный вид, групповой вид, личностный вид.

Общественная стигма – представляет нормы и установки общества, как правило, формально не закрепленные, согласно которым принадлежность к определенным группам является показателем маргинальности, безнравственности и социальной опасности. Человек рассматривается как причина своих проблем. Общественная стигма выражается в СМИ, социальной рекламе со «страшилками».

Институциональная стигма связана с негативным отношением со стороны социальных институтов: правительства, здравоохранения, школы,

церкви. Институциональная стигма может иметь формальный характер (работодатель не принимает на работу людей с ВИЧ–положительным статусом) и неформальный характер (страх хирурга проводить операцию ВИЧ–инфицированному пациенту).

Групповая стигма отражает негативное восприятие представителями одной группы представителей другой. Личностная стигма связана с предрассудками и негативными установками человека по отношению к представителям определенных групп людей. Она является прямым следствием институциональной и общественной стигмы. Личностная стигма может иметь явный характер – прямое оскорбление и насилие; либо косвенный характер – сдержанный и холодный тон, избегание встреч, недоверие.

Выделяют внешнюю и внутреннюю стигмы. Внешняя стигма идет извне на определенное лицо, которое может принадлежать к маргинальной группе или быть самостоятельным индивидуумом. Человек становится объектом стигматизации со стороны других людей. Формы проявления внешней стигмы – физическое насилие, моральное унижение, игнорирование ВИЧ инфицированных. Внутренняя стигма является результатом восприятия человеком самого себя, проявляется как ощущение собственной ущербности, неполноценности, беспомощности и может приводить к потере контроля над своей жизнью, к неспособности устанавливать и развивать социальные контакты. В реальной жизни стигма проявляется в различных видах. Зачастую ВИЧ инфицированные оказываются в тяжелой ситуации и переживает внешнюю и внутреннюю стигму.

«Стигматизация связана с процессом девальвации личности и приводит к тому, что человек идентифицируется исключительно как носитель определенных качеств, и в этом ее социальная опасность» [2]. «Стигматизация неизбежно ведет к различным формам дискриминации. Дискриминация – стигма, которая стала действием» [6]. «Стигма и дискриминация – это глобальные явления, встречающиеся во всех странах мира» [5].

В России также наблюдаются эти два явления. Стигматизация и дискриминация ВИЧ–инфицированных, возникает в силу разных причин. ВИЧ – инфекция это заболевание, которое до настоящего времени полностью не изучено и не излечимо, постепенно ведет к вторичным заболеваниям, приводящим к смерти пациента и это основной пугающий фактор для окружающих. Одной из главных причин является глобальное распространение ВИЧ, и достаточно быстрое увеличение числа ВИЧ положительных, что пугает население всех стран. Население мало информировано о путях передачи ВИЧ–инфекции, а не знание – порождает страхи. Часто к больным ВИЧ–инфекцией относят наркоманов, гомосексуалистов, проституток, создавая стереотип больных и вызывая тем самым осуждение этой категории пациентов.

Уровень развития государства и здравоохранения является мощным фактором в стигматизации ВИЧ инфицированных. «В общественном сознании сформирован социальный страх инфицирования в медицинском учреждении» [3]. При проведении социологических исследований в России «подавляющее большинство демонстрирует различную степень негативного отношения к ВИЧ

положительным. Отрицательную позицию занимают респонденты далекие от медицины, люди старших возрастных групп, жители сельской местности» [2].

Результаты таких исследований показывают, что подавляющее большинство опрошенных против того, чтобы ВИЧ–положительные работали с детьми. Среди ВИЧ–инфицированных не хотят иметь друзей, и многие согласны на ограничение прав этих людей, так как считают весьма возможным бытовой путь передачи инфекции. Люди из-за собственного незнания отрицательно относятся к ВИЧ-инфицированным, сами находятся в состоянии нервозности и передают её другим.

Стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ, оказывают большое психологическое воздействие людей с ВИЧ, вызывая у них депрессию, заниженную самооценку и отчаяние, что подрывает и истощает силы уже ослабленных людей. Они винят самих себя за то, что они ВИЧ–инфицированы, и часто ставят на своей жизни точку. Инфицированные люди стараются не менять своего обычного поведения и продолжают жить как раньше, чтобы не вызвать подозрение в том, что они ВИЧ-инфицированы. Все это негативно влияет на профилактику данного заболевания, люди боятся знать, инфицированы они или нет. Но именно сами ВИЧ–инфицированные должны понимать и соблюдать меры профилактики передачи ВИЧ инфекции, тем самым, сдерживая и контролируя эпидемию. Поэтому многие страны объединились для борьбы с сигмой и дискриминацией ВИЧ–инфицированных. Важно помнить о том, что стигма – это полностью иррациональное чувство, и все выше перечисленные факторы не могут объяснить, почему люди так слепо соглашаются со стигматизированной точкой зрения.

Литература:

1. Бородкина О.И. Стигма как социальная проблема эпидемии ВИЧ/СПИДа // [Электронный ресурс] Социальные проблемы: электрон. научн. журнал СПб 2008, №1 URL: <http://www.socprob.ru/> (дата обращения: 06.01.2014)
2. Голенков А.В. Опыт использования краткой шкалы СПИД-ассоциированной стигмы // Медицинская психология в России [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. – N 3. URL: [http:// medpsy.ru/](http://medpsy.ru/) (дата обращения: 05.01.2014)
3. Звоновский В.Б. ВИЧ и СТИГМА // Журнал исследований социальной политики. – 2008. – Т 6. – №4, – с. 505-522.
4. Кабанов М., Ломаченков А., Коцюбинский А., Бурковский Г. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных // [Электронный ресурс] URL: <http://www20.brinkster.com/autism/read.asp?id=6&vol=0> (дата обращения: 06.01.2014)
5. Стигма, дискриминация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ. Тематические исследования успешных программ ЮНЭЙДС 2005 [Электронный ресурс] URL: [http:// data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc999-humrightsviol_ru.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc999-humrightsviol_ru.pdf) (дата обращения: 05.01.2014)
6. Морозова Е. Стигма и ВИЧ: определение [Электронный ресурс] URL: <http://www.aids.ru/aids/stigmadef.shtml> (дата обращения: 06.01. 2014)

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОПЕКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Рассмотрение отношений врача-психиатра частной клиники, пациента и врачей-психиатров психоневрологического диспансера лучше всего начать с клинического примера.

Пример. К врачу-психиатру частной клиники Волгограда по направлению из центра занятости населения обратилась Г. с целью прохождения медицинского осмотра, для дальнейшего обучения профессии «повар». В медицинском заключении врачом-психиатром, за подписью председателя медицинской комиссии был выставлен диагноз «заболевание» и указан шифр F20. О том, что данным шифром кодируется заболевание «Шизофрения», Г. не знала и вообще не обратила внимания на эту запись. Примерно через полгода Г. проходила психиатрическое освидетельствование в психоневрологическом диспансере по месту жительства для получения заключения о возможности стать опекуном. По результатам освидетельствования был выставлен диагноз «Без признаков психических расстройств». Через некоторое время, обратившись в центр занятости в связи с не направлением на обучение, получила разъяснение сотрудника центра, что она не может быть направлена на обучение, в связи с психическим заболеванием. Проанализировав две взаимоисключающих справки, Г. обратилась в Росздравнадзор по Волгоградской области с жалобой. Обращает на себя внимание этическая сторона ситуации. С одной стороны, если и диагностировал врач-психиатр частной клиники такое психическое заболевание как «Шизофрения», почему не рекомендовал дальнейшее наблюдение и лечение и вообще не объяснил Г., что она страдает психическим расстройством? С другой стороны, если врач-психиатр не посчитал необходимым назначить лечение и наблюдать пациентку, на каком основании он с легкостью лишил ее возможности дальнейшего обучения и трудоустройства? Поиск ответов на эти вопросы приводит к выводу о нежелательности проведения психиатрических медицинских осмотров в частных клиниках. А если они все же проводятся, то целесообразно разработать единую форму взаимодействия частных медицинских центров и диспансеров, а в случае выявления психических расстройств, врачам психоневрологического диспансера должно предоставляться право выносить окончательные заключения. Разработка единой формы типологизации пациентов, заполнение которой поможет, при необходимости, врачам психоневрологического диспансера выносить свои окончательные заключения в спорных случаях, так же будет полезна при повторном обращении бывшего пациента частной клиники в диспансер.

Примером типологизации пациентов, может служить разработанная нами методика, которая помогает улучшить организацию взаимодействия

амбулаторной психиатрической службы с органами опеки и попечительства в рамках работы с недееспособными. Дело в том, что при работе с недееспособными пациентами тесно переплетены между собой медицинские и социальные вопросы [1, 39; 2, 3; 3, 154], это подтвердило анкетирование, которое проводилось среди врачей психоневрологических диспансеров и сотрудников отделов опеки и попечительства. По итогам анкетирования мы пришли к выводу, что в современных условиях оказания психиатрической помощи, необходимо отходить от ориентации только на имеющуюся патологию и учитывать психологические и социальные аспекты жизни пациентов, требующие полипрофессионального оказания психиатрической помощи. Выделение отдельных групп пациентов, имеющих сходные социальные проблемы и особенности функционирования, позволяет создать базу для формирования адресно ориентированных реабилитационных программ и более целенаправленно осуществлять психосоциальную помощь, эмоциональную поддержку лиц с психическими расстройствами.

С этой целью нами была разработана анкета для врачей **«Оценка медико-социальной характеристики лиц, признанных судом недееспособными»**, заполняя которую, врач будет ориентировать себя и других сотрудников на оценку социального благополучия больного. Целесообразно включать такую анкету в амбулаторную карту больного «Медицинские карты амбулаторных больных» (форма №025/у-04, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России №255 от 22.11.2004г.). Анкета заполняется врачом во время амбулаторного приема пациента однократно в текущем году (предполагается, что пересматриваться анкета должна ежегодно или в случае смены опекуна).

При заполнении анкеты врач должен выбирать один из трех вариантов ответов, и в зависимости от того, какие ответы преобладают (более 50% ответов А, Б или В), больного будут относить к той или иной группе медико-социального наблюдения, о чем на амбулаторной карте будет делаться пометка.

В дальнейшем будут выделяться три группы относительного «медико-социального благополучия» недееспособных больных, «благополучие» мы понимали как состояние самостоятельности социальной группы недееспособный-опекун, не нуждаемости в активной дополнительной медико-социальной поддержке относительно других лиц лишенных дееспособности, менее благополучных в социальном плане.

Больные первой группы будут отнесены к группе А – **«относительно удовлетворительное медико-социальное состояние»**: эти пациенты должны получать амбулаторную психиатрическую помощь в соответствии с нормами и правилами действующего законодательства без дополнительного сопровождения. Врачу необходимо обратить внимание на пациентов этой группы с точки зрения возможности восстановления дееспособности, если это возможно. Критерием восстановления дееспособности должно служить устойчивое восстановление динамически нарушенных критических и прогностических способностей на фоне сохранности в целом мнестико-

интеллектуальных функций, удовлетворительного уровня социальной адаптации [4, 25].

Больные группы Б - «**неудовлетворительное медико-социальное состояние**» будут передаваться под особое наблюдение специалиста по социальной работе или медсестры медико-социальной помощи (или другому лицу осуществляющему патронаж недееспособных пациентов в учреждении), которые должны периодически самостоятельно посещать больного и опекуна (беседовать по телефону), осуществлять взаимодействие с органами опеки и попечительства.

Больные группы В - «**нуждающиеся в постоянном контроле и помощи со стороны врача психиатра и сотрудника отдела опеки и попечительства**» (например усиление надзора за исполнением опекунских обязанностей, дополнительные посещения больного на дому для оценки его психического состояния, проведение разъяснительных бесед с опекуном, при необходимости оформление недееспособного в интернат).

Данный лично ориентированный подход в большей степени адресован к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента с его социальными особенностями, касающимися заболевания и его последствий. Эти сведения, наряду с клиническими характеристиками, являются составляющими оценки результатов терапии и реабилитационного процесса, качества психиатрической помощи, используются при планировании деятельности психиатрических служб. Перечень вопросов в анкете выглядит следующим образом:

<i>Оценка медико-социальной характеристики лиц, признанных судом недееспособными</i>	
1. Опекуном назначен:	<p>А) гражданин, ранее фактически исполнявший «опекунские обязанности» до вступления в силу постановления;</p> <p>Б) гражданин, ранее осуществляющий «уход» в случаях необходимости;</p> <p>В) гражданин, ранее практически не принимавший участия в жизни недееспособного.</p>
2. Способность пациента принимать участие в ведении домашнего хозяйства	<p>А) самостоятельно принимает участие;</p> <p>Б) принимает участие избирательно, под контролем;</p> <p>В) не принимает участие.</p>
3. Способность пациента участвовать в социально-бытовых мероприятиях	<p>А) постоянно (в ремиссии) самостоятельно выходит на улицу, ходит в магазин, посещает ПНД;</p> <p>Б) пациент выходит на улицу, посещает общественные места в сопровождении;</p> <p>В) состояние здоровья не позволяет покидать дом.</p>

<p>4. Отношения пациента с членами семьи</p>	<p>А) хорошие, доброжелательные; Б) удовлетворительные, возможны конфликты; В) отношения напряженные, носят конфликтный характер.</p>
<p>5. Коммуникативные возможности пациента в рамках социума</p>	<p>А) пациент охотно вступает в беседу, не испытывает коммуникативных трудностей; Б) контакт в пределах заданных вопросов; необходима помощь опекуна; В) пациент в беседу не вступает или на вопросы отвечает «получив одобрение опекуна».</p>
<p>6. Оценка внешнего вида</p>	<p>А) пациент всегда причесан, чисто опрятно одет; Б) опрятность вынужденная (по причине посещения диспансера); В) пациент неопрятен, неряшлив.</p>
<p>7. Уровень обеспеченности социально-бытовых вопросов</p>	<p>А) пациент с решенными юридическими, жилищными, социальными, медицинскими вопросами; Б) у пациента имеются отдельные, временно не решенные социально-бытовые вопросы; В) пациент с нерешенными юридическими, жилищными, социальными, медицинскими вопросами.</p>
<p>1. Способность пациента к самообслуживанию</p>	<p>А) полностью самостоятельно себя обслуживает; Б) обслуживает себя частично, нуждается в помощи опекуна; В) самостоятельно себя не обслуживает.</p>
<p>2. Самооценка состояния здоровья</p>	<p>А) у пациента имеется формальная критика к состоянию здоровья; Б) критические возможности зависят от психического состояния; В) критические способности отсутствуют.</p>
<p>3. Степень выраженности клинических проявлений основного заболевания</p>	<p>А) возможны стойкие медикаментозные (не медикаментозные) ремиссии; Б) возможны обострения психического заболевания 1-2 раза в год; В) частые обострения заболевания, состояние без изменений при тяжелых психических заболеваниях (например, умственная отсталость тяжелая);</p>

Заполнение подобного опросника не вызовет у врача каких-то трудностей, поскольку эти вопросы все равно необходимо выяснять в ходе приема. Однако, именно их систематизация и вывод о принадлежности пациента к одному из трех выделенных типов позволит врачам-психиатрам частных клиник, врачам психоневрологических диспансеров и работникам органов опеки оптимизировать свое взаимодействие.

Литература

1. Оруджев Н.Я., Замятина И.И. Не оставим без внимания недееспособных и их опекунов // Федеральный научно-практический журнал «Биоэтика». – 2012. – 1 (9). – С. 39-41.
2. Папусев О.О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях комплексного центра социального обслуживания: автореф. дис. ... канд. мед. наук Москва, 2010.
3. Социальная работа в здравоохранении / Учебник для студентов вузов. Под редакцией Л.М. Мухарямовой и И.Б. Кузнецовой-Моренко. Казань, 2011. – 372 с.
4. Климов В.А. Клинико-социальные критерии дееспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением: дис. ... канд. мед. наук Москва, 2007.

Молодцова Е.В., Шеметова Г.Н.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Патология суставов и, в частности, остеоартроз (ОА) стоит в ряду наиболее значимых медико-социальных проблем, характеризуясь выраженным влиянием на экономику общества, здоровье и качество жизни отдельных индивидуумов и их семей. Хроническое течение заболевания и потеря трудоспособности вызывают проблемы медицинского и психологического характера, ограничение социальной активности. Значимость этой патологии обусловлена также целым рядом социально-экономических аспектов: широкая распространенность и прогрессирующее течение ведут к снижению качества жизни пациентов с последующей убылью по состоянию здоровья квалифицированных кадров работников трудоспособного возраста; сопровождаются значительными экономическими потерями в связи с временной нетрудоспособностью, а также большими расходами, связанными с лечением и реабилитацией этих больных.

Начиная со второй половины XX века, в мире значительно увеличивается популяция людей старше 55 лет, что способствует быстрому увеличению числа пациентов, страдающих ОА. Вместе с тем в последние годы наблюдается тенденция к развитию заболевания у лиц более молодого возраста. Экономический ущерб, связанный с заболеваемостью ОА и обусловленный прямыми и косвенными затратами, в ряде стран составляет от 1 до 2,5% валового национального продукта [1, 2]. Значительные экономические затраты во многих случаях обусловлены так называемыми компенсационными издержками, связанными с длительным, почти постоянным применением нестероидных противовоспалительных препаратов, обезболивающих средств, хондропротекторов, миорелаксантов, антидепрессантов, а также нередко с необходимостью купирования отрицательных последствий и осложнений лекарственной терапии (НПВП–гастропатия и прочие), что существенно увеличивает стоимость лечения. Все это подтверждает огромную социально–экономическую значимость ОА и предопределяет необходимость ранней диагностики заболевания, внедрения современных технологий лечения, профилактики и реабилитации.

В настоящее время дегенеративные заболевания суставов являются одной из наиболее актуальных проблем, касающихся состояния здоровья работников железнодорожного транспорта в связи с особенностями их профессиональной деятельности, комплексным воздействием неблагоприятных и вредных производственных факторов различной природы и интенсивности, оказывающим существенное негативное влияние на формирование патологии. Эксплуатация технологического оборудования и подвижного состава, ремонтные, путевые работы сопровождаются большими физическими нагрузками у работающих, вибрацией, толчками, неблагоприятным микроклиматическим и микробиологическим воздействием. Длительная вынужденная рабочая поза (в том числе на коленях, на корточках и т.п.), гиподинамия и монотония, а также стереотипные в быстром темпе продолжительные локальные движения, микро- и макротравматизация способствуют возрастанию нагрузки на хрящ, нарушению нормальных взаимоотношений между процессами деградации и синтеза компонентов матрикса хряща. Все эти условия определяют высокий профессиональный риск и обуславливают развитие дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника у работников железнодорожного транспорта.

Объективная медико-социальная оценка остеоартроза у работников железнодорожного транспорта является необходимым условием целенаправленной деятельности ведомственной медицинской службы при разработке комплексных программ профилактики и повышения качества специализированной помощи. В связи с этим нами была проведена оценка медико-социального бремени болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) у работников Саратовского отделения Приволжской железной дороги по материалам обращаемости в амбулаторно-поликлинические и стационарное подразделения Дорожной клинической больницы за 11 лет (1998 -2008 гг.).

Проведенный ретроспективный анализ уровня и структуры заболеваемости показал, что в течение последних 11 лет отмечается неуклонный рост общей заболеваемости по классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (в 2,7 раза) - с 59,1 в 1998 году до 161,2 на 1000 работающих в 2008 году. За период изучения показатели первичной заболеваемости БКМС работников железнодорожного транспорта возросли с 10,8 до 58,3 на 1000 работающего населения.

Помимо значительного распространения и роста заболеваемости течение остеоартроза сопровождается развитием тяжелых вторичных синовитов, зачастую требующих оказания стационарной помощи. Нами были сопоставлены среднее число обращений по поводу ОА в поликлинику и число госпитализаций. Установлено, что частота обращений работников в ведомственные поликлиники по поводу ОА невелика (среди разных профессиональных групп работников ОАО «РЖД» она колебалась от 0,6 до 7,3 на 1000 человек), а среди причин госпитализации работников железнодорожного транспорта костно-суставная патология занимала IV-V ранговые места. Частота заболеваемости по данным стационаров за последние годы постоянно увеличивалась, достигнув в 2008 году 108,6 на 1000 работающего населения, при этом зарегистрировано ежегодное увеличение числа госпитализированных пациентов в 1,1-1,4 раза.

Изучение динамики показателей временной нетрудоспособности, обусловленной БКМС, показало их рост за последние 11 лет в 2 раза в случаях (с 714 до 1768) и дней нетрудоспособности (с 10 522 до 28 303 соответственно). Временные трудовые потери в связи с БКМС на 100 работающих возросли с 3,2 до 6,5 случаев и с 47,2 до 93,7 дней нетрудоспособности. Показатель средней продолжительности случая нетрудоспособности колебался в диапазоне 12,4-14,8 дней. В целом временная нетрудоспособность в связи с болезнями костно-мышечной системы у работников железнодорожного транспорта на протяжении ряда лет занимает стабильное III место в днях и случаях среди всех классов болезней, уступая лишь заболеваниям органов дыхания и болезням системы кровообращения, и составляя 12,4% в случаях и 13,2% в днях.

Нами с макроэкономических позиций произведен расчет экономических потерь в связи с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности работников железнодорожного транспорта, страдающих дегенеративными заболеваниями суставов, по разработанной Э.Н. Кулагиной методике (2001г.). Народнохозяйственные потери в связи с заболеваемостью с ВУТ работников представляют собой сумму расходов и потерь по следующим статьям: недопроизведенный в результате ВУТ национальный доход; сумма пособий по временной нетрудоспособности за счет средств социального страхования; затраты на лечение (амбулаторное, стационарное, на другие виды медицинской помощи) за счет средств социального страхования, то есть $У = Д + Б + Л$, где Д - недопроизведенный в результате ВУТ национальный доход; Б - сумма пособий по временной нетрудоспособности за счет средств социального страхования; Л - затраты на лечение (стационарное, амбулаторное, на другие виды медицинской помощи) за счет средств бюджета и фондов ОМС. Общая

сумма экономических потерь от заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников железнодорожного транспорта в связи с остеоартрозом составила почти 185 миллионов рублей (в ценах 2008 года).

Таким образом, установленные нами в ходе исследования негативные тенденции прогрессирующего роста заболеваемости БКМС, главным образом остеоартроза, у работников железнодорожного транспорта (коэффициент прироста 71,9%), высокая распространенность заболевания, серьезные социально-экономические последствия – выдвигают проблему остеоартроза в число первоочередных медико-социальных проблем, требующих своего решения как на ведомственном, так и на региональном и государственном уровне. Результаты анализа дают основания к поиску новых организационных форм оказания медицинской помощи пациентам при остеоартрозе.

В основу разработанной нами функционально-организационной модели ведения пациентов с остеоартрозом положена концепция, предусматривающая мероприятия по совершенствованию профилактики, восстановительного лечения и диспансеризации этого контингента на этапе первичной медико-санитарной помощи.

Модель базируется на следующих положениях:

- разработка и внедрение мероприятий организационного характера по формированию системы активного выявления пациентов с остеоартрозом;
- внедрение скринингового исследования (с целью активного выявления заболеваний на ранних стадиях) среди работников железнодорожного транспорта, профессиональная деятельность которых сопряжена с высоким риском развития остеоартроза;
- формирование структуры потоков пациентов, подлежащих профилактическим и лечебно-восстановительным мероприятиям;
- разработка индивидуальных программ комплексной профилактики и восстановительного лечения пациентов с ОА;
- интеграция и реализация тесной преемственности в деятельности врача первичного звена здравоохранения (ревматолога, невролога, травматолога, ортопеда и др. специалистов) с врачами отделений профилактики и восстановительного лечения;
- внедрение мониторинговой системы за состоянием больных с ОА и пациентов из группы риска по этим заболеваниям, повышение качества диспансерного наблюдения пациентов;
- создание компьютерного банка данных на пациентов с факторами риска и регистра больных ОА;
- широкое использование образовательных программ для пациентов с высоким риском развития ОА и больных;
- повышение уровня подготовки медицинского персонала, в особенности – врачей первичного звена здравоохранения и врачей восстановительной медицины/реабилитологов.

Для обеспечения функционирования модели нами были разработаны:

- Положение о Центре восстановительной медицины и реабилитации на базе Дорожной клинической больницы

- «Экспертная карта интегрированной оценки качества ведения пациентов с ОА в амбулаторно-поликлинических условиях»;
- программы оздоровления и восстановительного лечения пациентов с ОА;
- учетная документация (лист оздоровления, реабилитационный лист), облегчающая реабилитационный мониторинг, оценку эффективности проведенных мероприятий и соблюдение принципов этапности восстановительного лечения и преемственности;
- программа занятий в «Артра-школе» для больных с остеоартрозом;
- методика количественной оценки эффективности программ оздоровления и восстановительного лечения (на основе оценки временных параметров ремиссии с использованием статистических методов анализа выживаемости);
- анкетные данные изучения мнения пациентов о качестве оздоровления и восстановительного лечения на базе Центра восстановительной медицины и реабилитации Дорожной клинической больницы.

Литература

1. Фоломеева О.М., Эрдес Ш. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации // Научно-практическая ревматология. – 2006. – №2. – С. 4-10.
2. Эрдес Ш.Ф., Галушко Е.А., Базоркина Д.И. Распространенность суставного синдрома в России // Научно-практическая ревматология. – 2005. – № 3. – С. 146-150.

Маркина Л.Ю., Плакина М.И.
г. Саратов, Россия.

Клиника профпатологии и гематологии СГМУ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТЕАСОМ

Введение. Множественная миелома в онкогематологии по частоте заболеваемости занимает одно из ведущих мест. Терапия данного заболевания во все времена была чрезвычайно сложна. До второй половины двадцатого столетия отсутствовали препараты, способные воздействовать на течение опухолевого процесса, тем более не возникал вопрос об увеличении продолжительности и качества жизни данных пациентов. В сороковых годах прошлого века для лечения больных с множественной миеломой стали использовать уретан, ранее применяемый при остром лейкозе. На смену уретану, вследствие неэффективности, доказанной в ходе клинических испытаний, пришла терапия мельфаланом и циклофосфамидом в сочетании с глюкокортикостероидами [1]. В последние годы клиническая онкогематология обогатилась большим количеством новых противоопухолевых препаратов,

более избирательно действующих на опухолевые клетки и повышающие вероятность их ответа на различные индукторы.

Одним из современных препаратов так называемой прицельной, биологически обоснованной терапии множественной миеломы является ингибитор клеточного протеасомного комплекса – бортезомиб. В настоящее время применение бортезомиба в комбинации с другими цитостатиками и глюкокортикостероидными препаратами приводит к повышению общего ответа до 50-73%. Повышение общей выживаемости пациентов с гемобластозами ставит перед клиницистами новые задачи:

поиск оптимальных методов применения препаратов (режим, дозирование), использование других лекарственных средств, с целью уменьшить побочное действие химиотерапии и повысить качество жизни пациента.

Материалы и методы. В клинике гематологии и профпатологии СГМУ с 2008 по 2013 год получают терапию бортезомибом 60 пациентов. С 2008 г. по первое полугодие 2013 г. пациентам препарат вводился путём внутривенных инфузий, со второй половины 2013 г. и по настоящее время введение препарата осуществляется подкожно. Нами проанализирована эффективность (общий ответ) и безопасность (частота развития сенсорной полинейропатии) при лечении ингибиторами протеасом, а также возможности медикаментозной коррекции побочных действий. Оценены преимущества подкожного введения бортезомиба по сравнению с внутривенным.

Результаты. Проведенный анализ показал, что у большинства пациентов, пролеченных бортезомибом, была достигнута полная или частичная ремиссия. Общий ответ (ПР + ЧР) среди пациентов, получавших комбинированную терапию с бортезомибом составил 69%, включая предлеченных больных, резистентных к раннее проводимой ПХТ. У пациентов, получивших монотерапию бортезомибом, частота достижения общего ответа оказалась значительно ниже – 27%. Анализ токсичности применяемого лечения выявил довольно высокий процент периферической полинейропатии всех степеней тяжести (42%), что приводило к удлинению сроков межкурсового перерыва, а в некоторых случаях (7%) к прекращению терапии бортезомибом. Детальное изучение причин появления нейротоксичности выявило следующую закономерность. У 90 % пациентов (при внутривенном введении), получающих бортезомиб отмечалось развитие сенсорной полинейропатии I степени на 2-3 курсах терапии, не влиявшая на ход лечения больных. На последующих курсах терапии у 2/3 пациентов отмечалось прогрессирование полинейропатии. В следствие этого, всем пациентам проводилось стандартное снижение дозы препарата и, при необходимости, увеличение межкурсового перерыва. При подкожном введении препарата, частота тяжелой ассоциированной полинейропатии была значительно ниже, что позволило продолжить лечение, достичь ремиссии и сохранить полноценное качество жизни.

Однако проявления полинейропатии сохранялись достаточно долго и имели тенденцию к нарастанию, что объясняется более высокой кумулятивностью нейротоксичности, по сравнению с другими побочными действиями бортезомиба. Между тем, ретроспективный анализ

сопроводительной терапии, которую получали пациенты с множественной миеломой, на фоне ПХТ убедительно показал значительное снижение частоты и выраженности нейропатии при проведении адекватной профилактики и лечения осложнений. Пациенты, которые в течение всего периода химиотерапии начиная с первого курса (в том числе и в межкурсовый период) принимали витамины группы В, мильгамму, альфа-липоевую кислоту (тиогамма, берлитион) не имели выраженных проявлений нейротоксичности [2]. Особенно это было выражено у пациентов с введением препарата внутривенным способом. Это позволило в последующем использовать бортезомиб при рецидивах, во 2 и 3 линии лечения, с достижением повторных ремиссий. И во всех случаях нейротоксичность не превышала II стадии. При подкожном введении подобные явления были значительно реже и ограничивались I стадией, что соответствует результатам многоцентровых исследований.

Выводы. Использование комбинированного лечения с применением ингибиторов протеасом, требует обязательного назначения лекарственных средств, обладающих нейропротективным действием на протяжении всего периода химиотерапии. Своевременная профилактика периферической полинейропатии позволяет избежать тяжелых осложнений и улучшить качество жизни пациентов. Важным условием в целях снижения частоты развития периферической полинейропатии у пациентов, находящихся на терапии с использованием бортезомиба является также выбор оптимального пути введения препарата.

Литература

1. Рукавицин О.А., Сидорович Г.И. Парапρωтеинемические гемобластозы. – Москва, ГЭОТАР-Медиа. – С. 97.
2. Бессмельцев С.С. и др. Бортезомиб в терапии 1-й линии при лечении больных множественной миеломой. // Российские Медицинские Вести, 2009 г. – Том XIV – № 4 – С. 29-37.
3. Бортезомиб: новые подходы к лечению пациентов с множественной миеломой. // ЭФ. Онкология, гематология, радиология. – 2012. № 3. – С. 42-52.
4. Вотякова О.М. Современная терапия множественной миеломы. // Бюллетень сибирской медицины, 2008. Приложение 3.
5. Бессмельцев С.С. и др. Бортезомиб (велкейд) в индукционной терапии множественной миеломы // Клиническая онкогематология – 2008. – 1(4). – С. 3145-322.
6. Бессмельцев С.С. и др. Бортезомиб (велкейд) при рецидиве и рефрактерных формах множественной миеломы. // Украинский журнал гематологии и трансфузиологии. – 2007. № 4. С. 11-9.
7. Бессмельцев С.С. и др. Частота, характеристика и методы лечения периферической нейропатии у больных множественной миеломой, получающих бортезомиб (велкейд) // Онкогематология. – 2008. – № 3. С. 52-62.
8. Программное лечение заболеваний крови под редакцией академика РАМН В.Г. Савченко. – 2012. – т. 1. – С. 343-358.

Юрова И.Ю.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Проблема повышения уровня здоровья и качества жизни сельского населения входит в разряд важнейших задач государства на сегодняшний день. В России с 2006 г. реализуется приоритетный национальный проект, направленный, в том числе, и на решение данной проблемы. Как показывают современные отечественные исследования, качество здоровья сельского населения достаточно сильно отстает от городского и отличается устойчивой тенденцией к ухудшению. Однако, сохранение здоровья людей, проживающих в сельских районах, до сих пор не является предметом специальных исследований, несмотря на то, что в сельской местности по данным последней переписи населения 2002 г. проживает более 38,3 млн. граждан, из которых 22 млн. являются трудоспособными. Многие исследователи признают, что наиболее уязвимой группой населения является сельское, поскольку оно отличается множеством специфических особенностей. Сельская территория является важнейшим ресурсом жизнеобеспечения (производство продовольствия), жизнедеятельности (условия и качество жизни в сельской местности), жизнеустройства (степень освоенности среды обитания) и воспроизводства населения, национальной культуры и менталитета.

В течение последних десятилетий достаточно серьезной остается проблема охраны здоровья сельского населения в связи с существующими демографическими, экономическими, территориальными, культурными, медицинскими организационно-управленческими условиями жизни в сельской местности. Одним из наиболее важных вопросов, рассматриваемых в отечественной литературе, является организация медицинской помощи сельскому населению. По мнению многих исследователей (Михалюк С.В., Стародубов В.И., Калининская А.А., Дзугаев К.Г., Стрючков В.В., Филатов В.Б. и др.), структура и функции лечебно-профилактических учреждений в сельской местности требуют модернизации и совершенствования с учетом всех особенностей медицинского обслуживания населения села, обусловленных спецификой жизненного уклада и трудовой деятельности [4, 243; 3, 10]. В целом, организация медицинской помощи сельским жителям основана на тех же принципах, что и медицинское обслуживание населения города. Однако главной ее особенностью является этапность предоставления медицинской помощи, которая осуществляется посредством целого ряда медицинских учреждений от фельдшерско-акушерских пунктов, оказывающих доврачебную помощь, до областных больниц, предоставляющих полный спектр медицинских услуг. Реализация такого подхода определяет своеобразие инфраструктуры и соответствующие структурно-функциональные взаимосвязи медицинских учреждений, оказывающих доврачебную и врачебную помощь сельскому населению.

Сегодня система сельского здравоохранения переориентируется на амбулаторно-поликлиническое звено. По словам экс-министра здравоохранения Саратовской области Твердохлеб Л.В., реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» позволяет правительству выстраивать более гибкую систему здравоохранения на селе. В перспективе «этапность» предоставления медицинской помощи на селе будет выглядеть следующим образом: ФАП (фельдшерско-акушерский пункт) – амбулатория с дневным пребыванием - общая врачебная практика – "Скорая помощь" – участковая больница (в селах, где проживает не менее 3 тысяч человек) – ЦРБ (центральная районная больница). Оптимизация структуры сельского здравоохранения, таким образом, позволит выстроить новую вертикаль управления и обеспечить село доступной и качественной медицинской помощью, а также позволит повысить ее эффективность [6, 7].

Однако, как указывает Аверченко Е.А., помимо этого существуют и внутрисистемные проблемы. К ним относятся недостаточность ресурсов здравоохранения (сеть медицинских учреждений и кадров, включая младший медицинский персонал) и несовершенство организационно-технологических процессов (доступность и полнота медицинской помощи на всех этапах ее оказания больному). По мнению исследователя, «формирование здравоохранной стратегии» на территории отдельно взятого субъекта федерации, основанной на целом комплексе мер (инвестирование в здоровье, укрепление местных систем здравоохранения, совершенствование нормативно-правовой базы и т.д.) позволит предотвратить потери здоровья населения и снизит случаи острых и хронических заболеваний, инвалидности и смертности на селе [1].

Жители села – это одна из самых социально уязвимых групп населения России. На селе ниже уровень жизни, тяжелее условия труда, больше проблем с трудоустройством и занятостью, слабо развита социально-медицинская инфраструктура, выше смертность, алкоголизация и старение населения. Все эти факторы, определяющие качество жизни, оказывают существенное влияние на состоянии здоровья жителей села. Изменения уровня здоровья сельского населения в конце XX – начале XXI века имеет ярко выраженную негативную тенденцию, и, поэтому, проблема охраны и улучшения состояния здоровья сельского населения является приоритетной в сфере социально-экономической политики государства. В рамках данного направления исследования, особое значение приобретают медико-демографические показатели здоровья сельского населения, организация медицинской помощи, различные профилактические меры. В частности, вопросам, связанным с исследованием уровня заболеваемости, травматизма и смертности сельского населения посвящены работы Евсюкова А.А., Шарафутдиновой Н.Х., Калининской А.А. [2, 73].

Одной из наиболее важных задач современного отечественного здравоохранения и его реформирования является повышение доступности медицинской помощи для широких слоев населения и приоритета здоровья в системе социальных ценностей общества, усиления профилактической направленности здравоохранения. На этом акцентирует внимание в своих работах Татарников М.А., касаясь проблемы общественной оценки медицинской помощи, а также вопроса реформирования и модернизации

системы здравоохранения на местах [5, 7]. Исследования Щепина О.П. посвящены вопросам организации медицинской помощи сельскому населению, сокращению числа сельских участковых больниц, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов, усиливающемуся оттоку медицинских кадров, высокому износу основных фондов, прекратившемуся плановому обеспечению сельских учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, автотранспортом, ухудшению состояния здоровья сельских жителей, роли диспансеризации населения в профилактике заболеваний [8,6].

Следует отметить, что, несмотря на огромную пропасть между развитыми и развивающимися странами, доступность медицинской помощи является важнейшим вопросом сельского здравоохранения во всем мире. Даже в тех странах, где большинство населения живет в сельской местности, основные медицинские ресурсы сконцентрированы в городах. Большинство стран испытывают трудности в области транспорта и средств связи, и практически все государства сталкиваются с проблемой нехватки врачей и других медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Сельское население живет в бедных условиях, что приводит к ухудшению здоровья и снижению производительности, особенно данная тенденция характерна для развивающихся стран.

Исследования, связанные с различиями в состоянии здоровья сельского населения и городского, начали проводиться с конца XIX века в Западной Европе и их результаты убедительно свидетельствуют о худших показателях как физического, так и психического здоровья сельского населения.

Сложившаяся ситуация может быть объяснена с нескольких позиций.

1. Для сельского местности характерны более сложные и неблагоприятные условия труда и быта, чем в городе. Трудовая деятельность на селе часто связана с минимальной защищенностью от воздействия неблагоприятных факторов. В сельских поселениях часто отсутствуют водопровод, канализация, система сбора и удаления мусора.

2. В сельской местности осложнен доступ к квалифицированной медицинской помощи в силу географической удаленности и зачастую высокой стоимости медицинских услуг.

3. Сельское население отличается консервативностью взглядов и сильным присутствием традиционализма в действиях и отношениях, что порождает:

- недоверие к официальной медицине, самолечение и обращение к «народным средствам», которым отдается предпочтение;
- некоторые патологические состояния не воспринимаются как болезни, а интерпретируются через призму бытовых представлений;
- стремление скрыть некоторые заболевания, в частности, психические болезни, из-за боязни осуждения или непонимания;
- жесткая ориентация на групповые нормы, санкционирующие девиантное поведение (например, алкоголизацию).

Важнейшая роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит индивиду, его образу жизни, его ценностям, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. Критическими факторами для

жителей села, таким образом, являются бедность, проблемы народонаселения и гигиена окружающей среды. Определяющая роль этих социально-экономических факторов при анализе жизнедеятельности населения сельских районов привела к тенденции сосредоточения внимания на этих вопросах, а не на решении проблем здравоохранения. Однако, современные медицинские исследования свидетельствуют о том, что хорошее здоровье является выходом из состояния бедности. Здоровье приводит к большему чувству благополучия и способствует повышению социальной и экономической производительности [9].

Но низкий статус здоровья связан не только с бедностью. В целом, темпы предотвратимой смертности в сельских и отдаленных районах выше, чем в городах. Как правило, производственные травмы в сельской местности гораздо серьезнее, особенно среди работников, занятых в сельском хозяйстве. Кроме того, среди сельского населения более распространены такие заболевания как алкоголизм и табакокурение, а также иные, чем городе, стандарты питания. Пики и спады экономического цикла, как правило, отражаются непосредственным образом на населении сельских районов, что значительно повышает уровень стресса. При этом психологическое консультирование и другие службы охраны психического здоровья сельского населения, в большинстве случаев, отсутствуют.

Другим аспектом социологии и психологии сельских общин является четкое представление о поведенческих нормах, которые связаны с социальными ролями и функциями различных членов общества. Во многих странах социальные роли и функции поддерживаются давними традициями и конкретными религиозными практиками. Люди в сельской местности часто самостоятельны, независимы, что сочетается с такой чертой как стоицизм, источником которой является земледельческая культура. Здоровью отводится незначительная роль, а приоритет отдается выполнению работы. А медицинские услуги больницы часто воспринимаются как последнее средство.

Таким образом, результаты анализа социологических исследований позволяют сделать вывод, что исследования вопросов организации медицинской помощи сельскому населению на практике носят фрагментарный характер, и в основном касаются отдельных регионов или обращаются к общим демографическим и медико-социальным показателям. И это несмотря на то, что сельское население является одной из самых социально уязвимых групп населения России. По сравнению с городом на селе ниже уровень жизни, тяжелее условия труда, больше проблем с трудоустройством и занятостью, слабо развита социально-медицинская инфраструктура, выше смертность, алкоголизация и постарение населения, что определяет качество жизни жителей села и оказывает существенное влияние на состояние их здоровья. Перспективным является взаимодействие социальных, медицинских и государственных структур, совместная деятельность которых должна быть направлена на профилактику заболеваний, сохранение работоспособности и долголетия сельского населения страны, на создание социальных условий для гармоничного развития физических и духовных сил каждого человека современной рыночной экономики.

Литература

1. Аверченко Е.А. Охрана здоровья населения на региональном и муниципальном уровнях // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – №1. – (<http://vestnik.mednet.ru/content/view/456/lang.ru>).
2. Евсюков А.А., Шарафутдинова Н.Х., Калининская А.А. Медико-демографические показатели здоровья сельского населения в республике Башкортостан. – Уфа: Изд-во Здравоохранение Башкортостана. – 2010. – 182 с.
3. Михалюк С.Ф. Актуальные задачи медицинского обеспечения сельского населения // Медицина. – 2008. – № 2. – С.9-11.
4. Стародубов В.И. и др. Проблемы здравоохранения села / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, К.Г. Дзугаев, В.В. Стрючков. – М.: Изд-во «Академия Естествознания», 2012. – 315 с.
5. Татарников М.А. Общественная оценка медицинской помощи населению Московской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 7-10.
6. Твердохлеб Л.В. Никаких планов по закрытию больниц у министерства нет // Российская газета. Средняя Волга. Саратов. – 2008. – №4669. – (<http://www.rg.ru/2008/05/27/reg-saratov/bolnicy.html>).
7. Твердохлеб Л.В. Самая лучшая политика – это хорошее здравоохранение. – (<http://saratov.gov.ru/news/events/detail.php?ID=71448>).
8. Щепин О.П., Медик В.А. Комплексное изучение здоровья населения Новгородской области: методология, основные результаты и перспективы // Проблемы социальной гигиены, здоровья и истории медицины. – 2007. – № 4. – С. 3-7.
9. World Health Organization. Global Forum for Health Research. – (http://www.who.int/oral_health/events/gf8/en/).

Потапова О.Н.

г. Саратов, Россия

Саратовский государственный технический университет им. Гагарина Ю.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Одной из главных задач государственной политики в России является обеспечение охраны жизни и здоровья населения, что могло бы способствовать устойчивому социально-экономическому развитию страны. В настоящее время в России существует множество социальных рисков, представляющих угрозу жизни и здоровью населения. В результате отмечается прогрессирующая депопуляция в стране. Депопуляция в России очевидным образом связана с ухудшением состояния здоровья населения. Следствием этого является уменьшение продолжительности жизни, рост заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

По мнению многих ученых, состояние здоровья населения страны в первую очередь зависит от его материального благополучия [1]. Доходы ниже

прожиточного минимума, жизненные невзгоды и материальные лишения приводят к плохому состоянию здоровья доминирующей массы населения страны. Материальное благосостояние и стабильный доход обеспечивают самые важные условия для сохранения здоровья – жилье и питание. Подавляющее большинство населения России не имеет и такого минимума.

Прогрессирующая депопуляция в России связана не только с феноменом низкой рождаемости, но и с высокой смертностью населения, охватывающей все более молодые и трудоспособные слои населения. Если в 1989 году численность населения составляла 147 млн. человек, в 2008 году – 142 млн. человек, в настоящее время этот показатель снизился до 141,2 млн. человек [1]. При этом численность умерших мужчин по возрастным коэффициентам смертности в 2006 году составляла 17,4 на 1000 человек (в 1970 г. – 9,4 на 1000 человек). Большое количество смертей приходилось на возрастную группу от 49 до 69 лет – от 23,6 до 55,1 на 1000 человек (в 1970 г. – от 10 до 46 на 1000 человек), старше 70 лет – 101,5 смертей на 1000 человек, старше 70 лет – 101,5 смертей на 1000 человек. Высокий коэффициент смертности среди мальчиков в возрасте от 0 до 4 лет – 3 на 1000 человек, что чаще всего связано с врожденными аномалиями и пороками развития.

Возрастные коэффициенты смертности среди женщин чуть ниже, но также достаточно высоки: в возрастной группе от 50 до 64 лет смертность составляет от 10,8 до 22,3 на 1000 человек, в 70 и более лет – 76,9 на 1000 человек [1]. Причинами смерти, в основном, были болезни системы кровообращения – 829 на 100000 населения, от внешних причин (травм, механических воздействий, отравлений и т.д.), от случайных отравлений алкоголем – 15 на 100000 населения, органов дыхания – 54 на 100000 населения, от болезней органов пищеварения – 61 на 100000 населения.

Таким образом, основными причинами смертности в России являются заболевания системы кровообращения (более 90 тысяч человек умирают по этой причине ежемесячно) и новообразования. От заболеваний системы кровообращения умерли в 2007 году 1,2 млн. человек, т.е. 56,6 % умерших, от новообразований – 13,8 % умерших [2]. Смертность населения в трудоспособном возрасте составляла 29,8 на 100000 населения (среди мужчин – 48,0, среди женщин – 10,8). При этом показатели смертности среди сельского населения выше (40,0 на 100000 населения), чем городского (26,2 на 100000 населения), что связано, прежде всего, с отсутствием квалифицированной медицинской помощи на селе. Смертность от аварий на транспорте по вине нетрезвых водителей (ДТП) составляла 27,4 на 100000 населения, что в 3 раза превышает показатели европейских стран.

Высокая смертность в России обусловлена высоким уровнем заболеваемости среди населения. Причем отмечается рост заболеваемости за последние 20 лет в связи с недостаточно эффективной работой системы профилактики болезней. Если в 1990 году было выявлено 158,3 млн. случаев заболеваемости среди населения, то к 2009 году количество выявленных заболеваний возросло до 220 млн. случаев. Это свидетельствует о возрастании заболеваемости на 40%. Среди общей картины высокой заболеваемости населения отмечается рост числа заболеваний практически неизлечимых и

приводящих к смерти: количество заболеваний системы кровообращения возросло в два раза, онкологических заболеваний – на 60 %. Причиной этого чаще всего являются неблагоприятная социально-экономическая обстановка в стране, приводящая к возникновению состояния постоянного психологического стрессирования и депрессии у населения, угрожающих жизни и здоровью людей; состояние окружающей среды; несовершенство современной системы здравоохранения (отсутствие аппаратуры, диагностирующей болезнь на ранних этапах ее развития, системы профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы, недоступность дорогостоящего лечения и эффективных медицинских услуг для основной группы населения).

В связи с неблагоприятной экологической обстановкой неуклонно растет уровень заболеваемости среди населения. Наиболее высокая заболеваемость в России с диагнозом, установленным впервые, зарегистрирована в Карелии и Алтайском крае (свыше 1000 случаев на 1000 человек населения), от 800 до 1000 на 1000 населения – в Архангельской, Тверской, Ленинградской, Мурманской, Архангельской, Оренбургской, Тюменской, Иркутской областях и в Якутии. От 500 до 800 тысяч случаев на 1000 населения зарегистрировано в Смоленской, Брянской, Волгоградской, Астраханской, Саратовской, Свердловской, Челябинской, Томской, Новосибирской, Читинской и Амурской областях, Красноярском и Краснодарском краях, в Бурятии и Тыве. Самая низкая заболеваемость (до 500 случаев на 1000 населения) зарегистрирована в Ханты-Мансийском АО (Югра), Ямало-Ненецком, Таймырском и Эвенкийском автономных округах. Всего по России зарегистрировано 108842 тысяч человек с диагнозом, установленным впервые в 2006 году. Из них более 42338 тысяч человек – с болезнями органов дыхания, 12759 тысяч – с травмами, отравлениями и др., с болезнями системы кровообращения 3787 тысяч человек, с новообразованиями – 1418 тысяч человек, с осложнениями беременности, родов и послеродового периода – 2519 тысяч человек (64,1 на 1000 человек населения), по данным Госкомстата РФ за 2007 год. При этом заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни, составила 37388 тысяч человек (177511 на 100000 детей). Из них наибольшее количество – с заболеваниями органов дыхания – 22237 тысяч человек, с инфекционными и паразитарными болезнями – 1897 тысяч человек, с болезнями нервной системы - 802 тысяч человек. Численность детей с врожденными аномалиями, пороками развития и хромосомными нарушениями составила 2156 тысяч человек.

О распространенности психических заболеваний среди населения сведений не имеется, хотя и наблюдается явный рост данной патологии в России. Отмечается резкое увеличение численности детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. За период с 2000 года до 2006 года этот показатель достиг 40 % от общего числа детей, родившихся живыми.

В России более 12 млн. инвалидов, в том числе 523 тысяч детей. Это говорит о низком уровне качества медицинской помощи и социальной реабилитации в стране. Эффективность реабилитации инвалидов по нашей стране составляет от 3 до 6,5 %, а в США – от 15 до 20 %. При этом система здравоохранения, лекарственного и медицинского обслуживания работает недостаточно эффективно. Главной причиной малой эффективности системы

охраны здоровья населения является недофинансирование со стороны государства этой отрасли. Так, в США и других развитых странах финансирование системы здравоохранения считается задачей государства и составляет 15 % и выше от ВВП. В России система здравоохранения финансируется по остаточному принципу, статьи расхода средств урезаются, преимущественно снабжаются промышленные и военно-промышленные отрасли. При этом на здравоохранение планируется всего 2,5-3 % от ВВП, что никак несовместимо со сложившейся демографической ситуацией в стране. Направленные целевым порядком средства не всегда используются по назначению, в результате чего население вынуждено обращаться в частные клиники, которые чаще всего не по карману большей части населения России.

В связи с ростом заболеваемости, приводящей к смерти, уменьшается основной индикатор качества жизни населения – ожидаемая продолжительность жизни при рождении. В настоящее время она составляет у мужчин 58,6 лет, у женщин – 72,4 года (в 1992 году у мужчин - 61,9 лет, у женщин – 73,7 лет), что на 15-20 лет меньше, чем в Европе и США. Поскольку продолжительность жизни в России недостаточно высокая, и люди практически не доживают до пенсионного возраста, то крайне нецелесообразно увеличивать пенсионный возраст. Прежде всего, необходимо обеспечить достойный уровень качества жизни населения, увеличить продолжительность жизни до уровня зарубежных стран, усовершенствовать систему здравоохранения, медицинского и социального обслуживания населения. С целью снижения смертности населения и увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения необходимо увеличить объемы государственного финансирования на здравоохранение и медицинское обслуживание. Наиболее логичным направлением в народосбережении может быть увеличение эффективности политики распределения денежных доходов населения, формирование и развитие санитарно-профилактической службы, пропагандирующей и повышающей культурный уровень в отношении собственного здоровья и обеспечивающей высокую профилактическую активность населения. На предприятиях возможно было бы сформировать систему материального поощрения лиц, ведущих и пропагандирующих здоровый образ жизни и профессиональное здоровье; повсеместно внедрить производственную гимнастику и аутотренинг, методики антистрессового поведения и психологической разгрузки.

Литература

1. Возрастные коэффициенты смертности. Коэффициенты смертности по основным классам причин смертности. [Электронный ресурс]. –

Режим доступа:

http://www.gks.ru/bgd/regs/b08_11/issWWW.exe/stg/d01/05-07.htm

2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. [Электронный ресурс].

Режим

доступа:

http://www.gks.ru/bgd/regl/b08_11/isswww.exe/stg/d01/05-08.htm

Кром В.Л.

г. Саратов, Россия

Центр медико-социологических исследований, г. Саратов

ПРЕДИКТОРЫ ДЕПРЕССИВНЫХ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Эксперты международной ассоциации по изучению боли выделяют неврогенные боли в отдельную самостоятельную группу и дают им следующее определение: неврогенная/невропатическая боль - это боль, возникающая вследствие первичного повреждения или дисфункции периферической и центральной нервной системы.

Причинами повреждения периферической нервной системы могут быть метаболические нарушения, травма, механическое сдавление, инфекционный процесс. Наиболее частыми причинами возникновения неврогенных болевых синдромов при повреждении структур ЦНС считают травмы спинного и головного мозга, ишемические и геморрагические инсульты.

Независимо от этиологических факторов и уровней повреждения нервной системы клинические проявления неврогенной боли во многом схожи и характеризуются наличием спонтанной боли. При неполном, частичном повреждении периферических нервов, сплетений или дорсальных спинномозговых корешков в большинстве случаев возникает острая периодическая пароксизмальная боль, подобная электрическому разряду, длящаяся несколько секунд. В условиях обширного или полного повреждения нервных проводников боли в денервированной области чаще имеют постоянный характер – в виде онемения, жжения, ломоты. Частыми симптомами у пациентов с неврогенными болевыми синдромами являются парестезии в виде спонтанно возникающих ощущений покалывания, онемения или ползания мурашек в зоне повреждения.

Лечение неврогенных болевых синдромов представляет существенную трудность и должно быть комплексным, включающим в себя медикаментозные средства, методы психотерапии и рефлексотерапии. Среди препаратов, обеспечивающих патогенетическую коррекцию неврогенных болевых синдромов, на первый план выступают антиконвульсанты, антидепрессанты и местные анестетики [5].

Настоящее сообщение основано на результатах обследования 25 больных: 15 мужчин и 10 женщин, в возрасте от 25 до 48 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике нейрохирургии Саратовского НИИ травматологии и ортопедии по поводу травмы позвоночника и спинного мозга, давность которой составляла от одного до трех месяцев.

Целью исследования было выявление возможных психических нарушений в относительно ранние сроки после травмы и подбор адекватных средств их комплексного лечения.

Для выявления психических нарушений мы использовали, прежде всего, клинико-терапевтический метод, а так же сбор объективного анамнеза. Для более углубленного суждения о состоянии психических функций в динамике до и после лечения проводили патопсихологическое обследование больных с помощью опросника «МИНИ-МУЛЬТ», представляющий собой сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня (ММРП), адаптированный в НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева [3], и патопсихологический тест – вычисление уровня депрессии [2].

У 12 больных была выявлена депрессивная симптоматика невротического уровня. У данных больных в преморбиде отмечались астенический, психастенический, истерический и гармонический типы личности [4]. Характер расстройств, развивавшихся в начале или на этапе прогрессирования основного заболевания, представлял собой астеническую депрессию. Настроение больных было субдепрессивным, не доходило до уровня выраженной тоски. Сниженное настроение обычно сочеталось с выраженной эмоциональной лабильностью, легкой тревогой, неопределенными страхами с обязательной астенической симптоматикой.

У 8 больных была выявлена обсессивно-фобическая симптоматика. У данной категории больных в преморбиде отмечались астенический, психастенический, истерический и гармонический типы личности. В клинике имели место фобические и обсессивные проявления, которые чаще всего были взаимосвязаны. Содержание навязчивостей проявлялось в ситуационные моменты. Степень критического отношения больных к своему состоянию была высока.

Из всего многообразия фобий в наших наблюдениях преобладал страх появления болевых ощущений, он возникал преимущественно в изолированном виде. Клиническая картина обсессивно-фобической симптоматики характеризовалась также повышенной раздражительностью и утомляемостью, нарушениями сна, эти симптомы были достаточно интенсивны. Характерным для описанной группы больных было усиление тревожно-мнительных черт [4].

У 5 больных психических дисфункций не было, в преморбиде отмечался гармонический тип личности [4].

Нами выявлена определенная прямая зависимость между длительностью основного заболевания и тяжестью психических нарушений: чем длительнее основное заболевание, тем выраженнее психические нарушения, что также подтверждается показателями патопсихологического исследования.

Всем больным, у которых выявлялись психические нарушения, назначалась комплексная психофармакотерапия [5]. Продолжительность терапии у всех больных была в пределах от двух недель до двух месяцев. Результаты проведенного лечения оценивались в баллах с помощью унифицированных шкал, рекомендованных МНИИП МЗ РФ [1].

Так, при депрессивном синдроме назначали сочетания антидепрессантов с тимонейролептиками – оптимальным был комплекс ципралекса с тиоридазином. Эффект от назначенной терапии наступал уже на первой неделе: у больных улучшалось настроение; на 2-3 неделе исчезало тревожное ожидание

боли, менялось само восприятие болезни, устранялась ее аффективная насыщенность. Больной переставал постоянно думать о болезни, что позволяло активизировать защитные механизмы личности больного, адаптационные возможности.

При обсессивно-фобическом синдроме использовали сочетание транквилизаторов с анксиолитическим действием с тимонейролептиками – оптимальным был комплекс алпразолама с клоразепатом и алимемазином. Динамика положительных сдвигов была более медленной, чем в предыдущей группе. Лишь постепенно, на 3-4 неделе терапии, у больных сглаживались аффективные нарушения: уменьшалась интенсивность тревожного аффекта, восстанавливался сон, снижалась их фиксация на соматических и отрицательных психологических переживаниях. Только к 5-6 неделе исчезала фобическая симптоматика. У больных менялось само восприятие и отношение к болезни. Происходило постепенное дистанцирование личности больных от болезни, что позволяло активизировать адаптационные возможности больных. Из выше сказанного вытекают следующие выводы:

1. У большинства обследуемых больных, перенесших позвоночно-спинномозговую травму, выявляются психические расстройства невротического уровня в виде депрессивного и обсессивно-фобического синдрома.

2. Прослеживается прямая зависимость глубины психических расстройств от длительности основного заболевания и преморбидных особенностей личности: чем длительнее основное заболевание и наличие личностных анамний (астенического, психастенического или истероформного типа), тем выраженнее психические изменения и длительнее должно быть лечение.

3. Комплексная психофармакотерапия вкупе с нейрохирургическим лечением улучшает состояние данной категории больных и способствует их дальнейшей реабилитации.

Литература

1. Авруцкий Г.Я., Зайцев С.Г. Стандартизированная регистрация клинических данных о течении эндогенных психозов и пограничных состояний под влиянием психофармакотерапии. Методические рекомендации. – М., 1975.

2. Балашова Т.И. Патопсихологический тест – вычисление уровня депрессии. – М. 1997. – 12 с.

3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Опросник МИНИ-МУЛЬТ.– 1976. – 15 с.

4. Лившиц Л.Я., Модик О.Г. Личностные особенности больных хронической головной болью по данным теста МИЛ и изучения личностной тревожности. // Проблемы патол. личн. и вопр. реабил. больных. Матер. конф. – Пенза. – 1990. – С. 40.

5. Мелзак Р. Загадка боли. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1981. – 230 с.

6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – С.-Пб – Мед. информ. агенство. – 1995. – 568 с.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИММУНОЗАВИСИМЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ

Введение

Здоровье у лиц трудоспособного возраста лидирует в системе жизненных ценностей. Помимо физической составляющей здоровья человека все большая значимость придается возможности сохранить и развивать социальный статус, сохранить баланс стремлений и потребностей личности, которые при определенных изменениях могут кардинально изменить мировоззрение и мотивацию личности [1]. Определение социальной сущности здоровья - ключ к пониманию такой категории, как «болезнь». При анализе историй жизни пациентов с кожными заболеваниями, обращает на себя внимание прямая связь между выраженностью иммунологических аллергических процессов и остротой и степенью эмоциональных нарушений (эмоциональной напряженности, тревоги, депрессии и страха, принимающего подчас характер фобий) [2, 4].

Стигматизация по отношению к больным с заболеваниями кожи, характерная для современного общества, усугубляет внутреннюю картину болезни, влияет на трудоустройство, карьеру, семейные отношения. Для выхода из такого порочного круга обычной фармакотерапии недостаточно и требуется профессиональная психологическая поддержка [8]. Основными симптомами распространенных иммунозависимых дерматозов (атопического дерматита и псориаза) являются сильный постоянный зуд, экзематизация высыпаний и лихенификация кожи. На фоне проводимой терапии клиническая картина, как правило, улучшается, однако достижение полной ремиссии порой невозможно. Это приводит к значительным персональным, социальным и финансовым последствиям как для больного, так и для общества в целом [9]. Реабилитация больных обязательно должна быть направлена на адаптацию к социальной среде, устранение комплекса собственного несовершенства, обусловленного стойким косметическим недостатком. Люди с кожным заболеванием часто характеризуются выраженной пассивностью, им трудно дается самоутверждение, и как следствие этих процессов отмечается отказ от медицинских назначений [10].

Анализ влияния медицинских, экономических и социальных факторов на состояние здоровья лиц трудоспособного возраста необходим для оптимизации программ медико-социальной и психологической адаптации при иммунозависимых дерматозах не только в острый период заболевания, но и тогда, когда пациент вышел из фазы обострения, живет привычной для него жизнью в семье и на работе [3, 7].

Цель исследования: выявление демографических, клинико-анамнестических, социальных, психологических и других маркеров, оказывающих влияние на особенности течения иммунозависимых дерматозов и состояние здоровья пациентов трудоспособного возраста и их приверженность к лечебно-профилактическим программам.

Методы исследования

Для выявления лиц с иммунозависимыми дерматозами в период плановой диспансеризации с 2011 по 2013 гг проведено сплошное обследование трудоспособного контингента, занятого на производствах, не связанных с профессиональными вредностями (Водоканал, СарАвиа, преподаватели и студенты СГМУ, Почта России, Волжская ТГК, Связьтранснефть и некоторые другие).

Среди обследованных лиц было выявлено 87 пациентов разного пола с диагнозом атопический дерматит (АД) и 71 пациент с диагнозом псориаз в тот период, когда они сохраняли трудоспособность и не имели симптомов обострения. Возраст пациентов варьировал от 18 до 60 лет.

Для оценки влияния медицинских, социальных, экономических факторов на состояние здоровья лиц трудоспособного возраста с иммунозависимыми дерматозами и их приверженность к терапии проведено анкетирование с помощью оригинальной анкеты, разработанной и адаптированной к целям настоящего исследования на кафедре клинической иммунологии и аллергологии Саратовского государственного медицинского университета.

Разработанная анкета позволила составить социальный портрет респондентов, участвующих в исследовании, и определить их социальное положение, условия жизни и быта, характер профессиональной занятости, отдельные компоненты образа жизни, удовлетворенность различными жизненными аспектами, материальным положением и уровнем благосостояния. Кроме того, с помощью анкеты уточнялись вопросы, связанные с дебютом заболевания, сопутствующей патологией, характером лечения.

Социологический опрос проведен на базе ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ с участием кафедр гематологии и профпатологии; клинической иммунологии и аллергологии; кожных и венерических заболеваний.

Статистическая обработка полученных данных производилась на персональном компьютере Intel Core i7-2600 CPU с использованием пакета статистических программ «Microsoft Office Excel 2010» и «Statistica 7.0» (StatSoft, USA) с последующим анализом полученных материалов, включающим параметрические и непараметрические методы одномерной и многомерной статистики.

Результаты исследования

Демографические характеристики обследованных лиц представлены в таблице 1

Таблица 1

Демографические характеристики лиц трудоспособного возраста
с иммунозависимыми дерматозами

Характеристики	Пациенты с атопическим дерматитом, n=87	Пациенты с псориазом, n=71
Возраст (M+m)	36,12±2,02	37,77±2,83
Пол:		
- женский (абс/%)	46 (52,9)	35 (49,3)
- мужской (абс/%)	41 (47,1)	36 (50,7)
Образование (абс/%):		
- среднее	35 (40,2)	23 (32,4)
- среднее специальное / неполное высшее	26 (29,9)	15 (21,1)
- высшее	26 (29,9)	33 (46,5)
Профессиональная занятость (абс/%):		
- работает	83 (95,4)	68 (95,8)
-не работает (отпуск)	4 (4,6)	3 (4,2)
Характер трудовой деятельности (абс/%):		
- умственный	57 (65,5)	43 (60,6)
- физический	26 (29,9)	25 (35,2)
- отсутствует информация	4 (4,6)	3 (4,2)
Семейное положение (абс/%):		
- женат / замужем	65 (74,7)	60 (84,5)
- разведен / разведена	0	0
- вдовец / вдова	0	0
- не замужем /холост	22 (25,3)	11 (15,5)*
Численность семьи (M+m)	2,9±0,18	2,96±0,15

*Примечание: * - показатели имеют достоверные различия со значениями у пациентов с atopическим дерматитом (p<0,05)*

Как видно из представленной таблицы, респонденты 2-х основных групп, имеющих иммунозависимые заболевания кожи (атопический дерматит и псориаз), имели сопоставимые демографические данные и основные характеристики.

Средний возраст респондентов составил $36,12 \pm 2,02$ и $37,77 \pm 2,83$ лет, не было значимых различий по полу, мужчины и женщины в равных пропорциях были представлены в 1 и 2 группах. Среднее образование в 1 и 2 группе имели соответственно 35 человек (40,2%) и 23 (32,4%); среднее специальное и незаконченное высшее 26 (29,9%) и 15 (21,1%); высшее – 26 (29,9%) и 33 (46,5%).

Все респонденты на момент опроса работали, и только 4,6 и 4,2% находились в отпуске и не работали. Характер своей трудовой деятельности две трети пациентов (65,5% и 60,6%) в первой и второй группе определили как умственный, остальные оценили характер своего труда как физический.

Большинство респондентов (74,7% и 84,5% в 1 и 2 группе соответственно) имели устойчивое семейное положение. Число холостых/незамужних в группе больных с атопическим дерматитом было несколько выше у лиц с атопическим дерматитом, чем у лиц с псориазом (25,3 и 15,5% ; $p < 0,05$). Разведенных и овдовевших среди респондентов не было. Число детей у респондентов в той и другой группе было сопоставимым: $2,9 \pm 0,18$ и $2,96 \pm 0,15$.

Анализ анамнестических данных (табл.2) показал, что первые постоянные признаки заболевания у больных с АД появляются раньше ($14,01 \pm 1,97$), чем при псориазе ($21,06 \pm 1,87$ лет); кроме того 48,3% респондентов с АД отметили, что проявления АД у них были и в детском возрасте, в то время как у респондентов с псориазом лишь у 4,2% в детстве были проявления АД или «диатеза». Отягощенная по имеющимся кожным процессам наследственность отмечалась в 25,3 и 26,6% случаев. В группе респондентов с АД преобладали лица, считающие себя аллергиками (59,8% в отличие от лиц с псориазом – 12,7%, $p < 0,05$), им проводились ранее специальные обследования по выявлению аллергии (28,4%), в которых подтверждался аллергический характер заболевания. У четвертой части пациентов АД сочетался с аллергическим насморком, симптомы которого сохранялись и в момент обследования (18,4%), чаще имелся диагноз экземы (13,8% против 2,8% при псориазе, $p < 0,05$), эпизоды крапивницы (70,1 и 11,3% при АД и псориазе соответственно, $p < 0,05$). Выраженных эндокринных нарушений в той и другой группе не отмечено. Ни у кого из респондентов не было в анамнезе бронхиальной астмы. Несмотря на более выраженные проявления и отягощенный аллергологический анамнез, удельный вес респондентов с атопическим дерматитом, принимающих лекарства был намного меньше, чем среди респондентов другой группы (23% против 74,6% , $p < 0,05$).

Характер течения болезни, наличие аллергической и другой сопутствующей патологии

Характеристики	Пациенты с атопическим дерматитом, n=87	Пациенты с псориазом, n=71
В каком возрасте появились первые постоянные признаки заболевания (АтД или псориаза)? (M±m лет)	14,01±1,97	21,06±1,87*
Был ли у Вас в детстве атопический дерматит или «диатез»? (абс/%)		
- Да	42 (48,3)	3 (4,2)*
- Нет	45 (51,7)	68 (95,8)*
Имеется ли данное заболевание у ваших родственников (АтД или псориаз)? (абс/%)		
- Да	22 (25,3)	19 (26,6)
- Нет	65 (74,7)	52 (73,2)
Имеются ли у Ваших родственников какие-либо другие заболевания кожи? (абс/%)		
- Да	0	3 (4,2)
- Нет	87 (100)	68 (95,8)
Считаете ли вы себя аллергиком? (абс/%)		
- Да	52 (59,8)	9 (12,7) *
- Нет	35 (40,2)	62 (87,3)*
Проводились ли Вам специальные исследования по поводу аллергии?(абс/%)		
- Да	25 (28,74)	0*
- Нет	62 (71,26)	71 (100)*
Каков был результат? (абс/%)		
- Положительный	25 (28,74)	0
- Отрицательный	62 (71,26)	0

Говорил ли Вам доктор, что у Вас аллергический насморк? (абс/%)		
- Да	22 (25,3)	3 (4,2)*
- Нет	65 (74,7)	68 (95,8)*
Беспокоит ли это заболевание (аллергический насморк) вас сейчас? (абс/%)		
- Да	16 (18,4)	0*
- Нет	6 (6,9)	71 (100)*
Говорил ли Вам доктор, что у Вас бронхиальная астма?	0	0
Беспокоит ли данное заболевание (астма) сейчас?	0	0
В каком возрасте появились первые признаки заболевания астмой?	0	0
Если астма не беспокоит, то с какого возраста?	0	0
Говорил ли Вам доктор, что у Вас экзема? (абс/%)		
- Да	12 (13,8)	2 (2,8)*
- Нет	75 (86,2)	69 (97,2)
В каком возрасте был установлен диагноз экземы? (M±m лет)	11,34±8,72	14,5±5,3
Беспокоит ли экзема Вас сейчас? (абс/%)		
- Да	6 (6,9)	1 (1,4)
- Нет	6 (6,9)	1 (1,4)
Были ли у Вас эпизоды крапивницы? (абс/%)		
- Да	61 (70,1)	8 (11,3)*
- Нет	26 (29,9)	63 (88,7)*
Имеются ли у Вас нарушения щитовидной железы? (абс/%)		
- Да	8 (9,2)	3 (4,2)
- Нет	79 (90,8)	68 (95,8)

Говорил ли Вам доктор, что у Вас сахарный диабет?(абс/%)		
- Да	0	3 (4,2)
- Нет	87 (100)	68 (95,8)
Беспокоит ли Вас повышенная потливость? (абс/%)		
- Да	0	0
- Нет	87 (100)	71 (100)
Принимаете ли Вы сейчас какие-либо лекарственные препараты? (абс/%)		
- Да	20 (23)	53 (74,6)*
- Нет	67 (77)	18 (25,4)*

*Примечание: * - показатели имеют достоверные различия со значениями у пациентов с атопическим дерматитом ($p < 0,05$)*

Таким образом, при сопоставимых демографических характеристиках, группа респондентов с АД характеризовалась более неустроенной семейной жизнью, выраженной аллергической конституцией и наличием сопутствующей аллергической патологии, недостаточной приверженностью к лекарственной терапии.

Распространенность курения была выше у респондентов с псориазом (31% курильщиков в группе против 12,6 % среди лиц с АД, $p < 0,05$). Средний стаж курения был примерно одинаков среди курильщиков в той и другой группе (15,1±7,05 лет для курильщиков с АД и 18,7±3,3 для псориаза). Общее количество выкуриваемых сигарет в день составило 11,36±4,0 для АД и 19,1±1,9 для псориаза.

Возрастно-половые характеристики, семейное положение, профессиональная занятость и характер трудовой деятельности, распространенность вредных привычек являются факторами, определяющими отношение к жизненным ценностям. В анкете большое внимание уделено условиям жизни и быта и удовлетворенности важнейшими жизненными ценностями. Степень удовлетворенности теми или иными факторами оценивалась в баллах от 1 (совсем не удовлетворен) до 5 (полностью удовлетворен). Блок вопросов о жизненных ценностях респондентов представлен в таблице 3

Степень удовлетворенности респондентов различными жизненными ценностями в баллах (M+m)

Показатели	Пациенты с атопическим дерматитом, n=87	Пациенты с псориазом, n=71
Степень удовлетворенности своим жильем	3,07±0,21	4,28±0,14*
Степень удовлетворенности качеством воды	3,93±0,11	3,94±0,15
Степень удовлетворенности чистотой воздуха	3,91±0,13	3,86±0,16
Степень удовлетворенности климатом	4,16±0,09	4,12±0,15
Степень удовлетворенности подачей электричества	4,47±0,13	4,55±0,17
Степень удовлетворенности своим образованием	4,14±0,13	4,37±0,18
Степень удовлетворенности качеством медицинской помощи	4,14±0,10	4,10±0,15
Степень удовлетворенности своей работой	4,26±0,12	4,30±0,14
Степень удовлетворенности уровнем безопасности	4,01±0,11	3,6±0,23
Степень удовлетворенности финансовым положением	4,09±0,09	4,13±0,13
Степень удовлетворенности в целом своей жизнью	3,0±0,21	4,45±0,12*

*Примечание: * - показатели имеют достоверные различия со значениями у пациентов с атопическим дерматитом ($p < 0,05$)*

Анализ степени удовлетворенности различными условиями жизни показал, что не было различий между группами в отношении удовлетворенности качеством воды, чистотой воздуха, климатом, подачей электричества, образованием, работой, уровнем безопасности, финансовым положением. Однако лица с АД дали более низкую оценку удовлетворенности своим жильем (3,07±0,21) по сравнению с респондентами с псориазом (4,28±0,14, $p < 0,05$); и степень удовлетворенности в целом своей жизнью у лиц с АД была ниже (3,0±0,21 против 4,45±0,12, $p < 0,05$).

Таким образом, в рамках проводимой работы был изучен социальный и медицинский статус респондентов с иммунозависимыми дерматозами, который определяется множеством факторов, главные из них - возраст, пол, образование, семейное положение и трудовая активность. На основании проведенного анкетирования нами были составлены **социальные портреты** двух

обследованных групп пациентов с хроническими заболеваниями кожи: атопическим дерматитом и псориазом.

Социальный портрет респондента с атопическим дерматитом представлен следующим образом: это чуть чаще женщина (52,9 %), средний возраст $36,12 \pm 2,02$ года; с устойчивым семейным положением (74,7%); численность семьи составляет 3 человека ($2,9 \pm 0,18\%$); образование неполное высшее или среднее специальное (70,1 %); в 65,5% случаев характер трудовой деятельности – умственный; у них имеется достаточная удовлетворенность качеством воды, чистотой воздуха, климатом, подачей электричества, образованием, работой, уровнем безопасности, финансовым положением, но более низкая удовлетворенность своим жильем ($3,07 \pm 0,21$) и в целом своей жизнью ($3,0 \pm 0,21$). Это лица с ранним началом заболевания, считающие себя аллергиками (59,8%), и имеющие распространенную сопутствующую аллергическую патологию: риниты (18,4%), крапивницу (70,1%), экзему (13,8%) с низкой приверженностью к лечению.

Социальный портрет респондента с псориазом характеризуется равным половым представительством (49,3% и 50,7%), средним возрастом $37,77 \pm 2,83$ лет; устойчивым семейным статусом (84,5%); общей численностью семьи – $2,96 \pm 0,15$; 56,5% опрошенных имеют образование среднее специальное или неполное высшее; характер трудовой деятельности – умственный (60,6%), с достаточной удовлетворенностью качеством воды, чистотой воздуха, климатом, подачей электричества, образованием, работой, уровнем безопасности, финансовым положением, своим жильем и в целом своей жизнью. В медицинском статусе аллергический анамнез не отягощен, распространенность вредных привычек (курения) соответствует региональному популяционному уровню, отмечается достаточная приверженность к лечению.

Заключение

Анализ полученных данных показывает, что при наличии у пациентов с АД и псориазом сходных медико-социальных характеристик, они отличаются восприятием собственного положения в жизни, потребностями, интересами, перспективами, целями, т.е. основными составляющими качества жизни, связанного со здоровьем, и это определяет необходимость специального исследования КЖ респондентов с помощью специальных инструментов [5, 6]. Для повышения приверженности к назначенному лечению необходимы информационные образовательные программы и профилактическая работа с пациентами, направленная на их индивидуальную медико-социальную и психологическую адаптацию.

Конфликт интересов: отсутствует.

Литература

1. Ефименко С.А. Социально-экономическое значение здоровья трудоспособного населения // Социология медицины. – 2006. – №2. – С.17-24.
2. Константинов В.Б., Копейкин Н.Ф. Здоровье – индикатор развития человека и общества // Здравоохранение РФ. – 2001. – №3. – С. 56-57.

3. Кузнецова О.Н. Трансформация социально-трудовых отношений на современных промышленных предприятиях: Автореф. дисс...канд.соц.наук. Ставрополь, 2010.

4. Мартынов А.А., Кубанов А.А., Астафьева Н.Г. Качество жизни в дерматологии: значение, сущность // Учебное пособие для системы послевузовского образования врачей. – М., 2006.

5. Петров В.И., Седова Н.Н., Аджиенко В.Д. Социальный институт клинических исследований // Социология медицины. – 2004. – № 2. – С. 18-21.

6. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социального мониторинга // Социология медицины. – 2011. – N 1. – С. 3-14.

7. Седова Н.Н. Проблематика, методология и практический смысл инициативных исследований в отечественной социологии медицины / // Социология медицины. – 2012. – № 2. – С. 15-17.

8. Улыбин, С.В. Психологические факторы, влияющие на профессиональную деятельность человека // Мир психологии. – 2008. – N4. – С. 262-268.

9. Chrostowska-Plak, D. Relationship between itch and psychological status of patients with atopic dermatitis/ D. Chrostowska-Plak , A. Reich , J.C. Szepietowski // J. Eur Acad Dermatol Venereol.– 2013. – Vol.27(2). – P.239-42.

10. Evers, A.W. The Impact of Chronic Skin Disease on Daily Life (ISDL): a generic and dermatology-specific health instrument / A.W.Evers, P. Duller, et all. // J. Dermatol. – 2008. – N.158. – P.101-8.

Сазанова Г.Ю., Раздевилова О.П.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ СТАНДАРТОВ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРВИЧНОЙ (ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ) ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Основным стратегическим направлением совершенствования качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей населения в качественном медицинском обеспечении на всех его этапах — от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи [1]. Больные эссенциальной артериальной гипертензией получают специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии со стандартом, утвержденным приказом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 июня 2007 г. N 419, который является единым для всех медицинских организаций и не предусматривает дифференциацию диагностического, лечебного и лекарственного компонентов в зависимости от категории медицинской организации.

Для проведения анализа выполнения стандарта стационарной медицинской помощи было обработано 1209 медицинских карт больных с артериальной гипертензией (ф.003У), находившихся на лечении в кардиологических отделениях центральных районных больниц Саратовской области (406 карт – 34%), городских (369 карт – 32%), областных и федеральных медицинских организаций (407 карт – 34%) в 2011 – 2012 г.

В основном в медицинских организациях отмечается выполнение параметров стандарта: в ЦРБ и городских больницах выполняется 81% параметров, в областных медицинских организациях – 91%. Однако, из 94 параметров стандарта с рекомендованной кратностью в городских больницах применялись 40 (43%), в ЦРБ – 35 (37%), в областных и федеральных медицинских организациях – 26 (28%). В ЦРБ и городских больницах не выполняются по 18 параметров (19%), в областных и федеральных медицинских организациях – 8 (9%). С частотой, превышающей рекомендованную, в городских больницах, областных и федеральных медицинских организациях применяются 17 параметров (по 18% соответственно), в ЦРБ – 15 (16%). С различной степенью кратности, но отличающейся от рекомендованной, в ЦРБ назначалось пациентам 26 параметров (28%), в городских больницах – 19 (20%), в областных и федеральных медицинских организациях – 43 параметра (45%) (рис. 1).

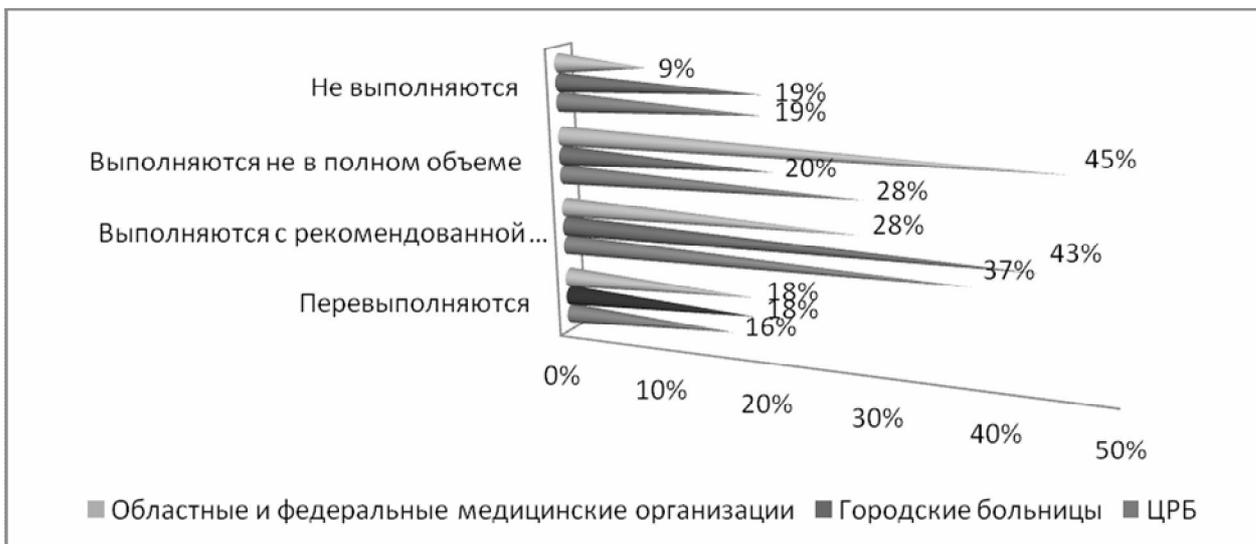


Рис. 1. Выполнение параметров стандарта на разных уровнях оказания медицинской помощи.

Установлено, что в основной части случаев положения диагностического компонента стандарта оказания медицинской помощи больным с артериальной гипертензией выполнялись. Так, из 44 рекомендованных параметров в ЦРБ выполнялись 40 (91%), в городских больницах, областных и федеральных медицинских организациях – 42 (95%). В областных и федеральных медицинских организациях с указанной стандартом кратностью реализовались 13 параметров (30%), в ЦРБ – 16 (36%), в городских больницах – 18 параметров (41%). Не выполнялся с рекомендованной в стандарте частотой применения в областных и федеральных медицинских организациях 21 параметр (43,3%), в

ЦРБ – 19 параметров (43,1%), в городских больницах – 16 параметров (36%). Отмечалось перевыполнение на всех уровнях оказания медицинской помощи таких параметров, как исследование уровня холестерина (в 2 раза), триглицеридов (в 1,3 раза – в ЦРБ, в 1,8 – 1,9 раза – в городских, областных и федеральных медицинских организациях), рентгенографии легких (в ЦРБ – в 3 раза, в областных и федеральных больницах – в 7 раз, в городских больницах – в 8 раз).

В лечебный компонент стандарта включено 46 параметров. С различной частотой назначения в городских больницах выполняли 67%, в ЦРБ – 70%, в областных и федеральных медицинских организациях – 87% параметров. Для лечения пациентов с рекомендованной кратностью в ЦРБ использовали 19 параметров (41%), в городских больницах – 22 параметра (48%), в областных и федеральных медицинских организациях – соответственно 24 (52%). Не выполняли в ЦРБ – 14 параметров (30%), в городских больницах – 15 параметров (32%), в областных и федеральных медицинских организациях - 16 (35%).

С частотой, не соответствующей рекомендованной, в городских больницах использовали при лечении 5 параметров (11%), в областных и федеральных медицинских организациях – 6 (14%), в ЦРБ – 10 (20%).

Медикаментозный компонент стандарта включает в себя 4 группы препаратов: диуретики, противоаритмические препараты, средства для лечения сердечной недостаточности и гипотензивные средства.

Во всех медицинских организациях диуретики назначались с превышением рекомендованной кратности 0,3.

В городских больницах, областных и федеральных медицинских организациях противоаритмические средства назначались пациентам чаще, чем это было рекомендовано стандартом, в ЦРБ рекомендуемая кратность применения этих препаратов не соблюдалась.

Средства для лечения сердечной недостаточности (кратность применения 0,4) назначались пациентам чаще в 2,2 – 2,6 раза.

Назначение пациентам гипотензивных средств превышало рекомендуемую стандартом кратность 0,2 во всех медицинских организациях (табл. 26): в ЦРБ – в 1,5 раза, в городских больницах – 3,7 раза, в областных и федеральных медицинских организациях – в 4 раза.

Таким образом, на всех уровнях оказания медицинской помощи отмечается несоблюдение рекомендованной стандартом кратности выполнения диагностических, лечебных процедур больным артериальной гипертензией, а также нерациональное использование лабораторных, инструментальных и лекарственных ресурсов здравоохранения.

Литература

1. Серегина И.Ф., Линденбрaten А.Л., Гришина Н.К. Результаты социологического исследования мнения населения российской федерации о качестве и доступности медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – №5. – С.3-6.

ПЕРВИЧНЫЙ ВЫХОД НА ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2004–2013 ГОДЫ

Состояние здоровья населения, наряду с показателями заболеваемости и смертности, также характеризуют и показатели инвалидности. Уровень инвалидности населения является одним из критериев оценки состояния здоровья и зависит от уровня заболеваемости, удельного веса лиц пенсионного возраста в населении территории, уровня и качества лечебно-профилактической помощи в регионе [1].

Сравнительный анализ средних показателей первичной инвалидности по 8 федеральным округам РФ показал, что ПФО занимает четвертое ранговое место. Уровень первичной инвалидности в округе составил 91,51 сл. на 10 тыс. населения, что превышает российский показатель на 3,5%. Наиболее высокий уровень первичной инвалидности в РФ в Северо-Западном ФО (104,56 сл. на 10 тыс. населения), самый низкий уровень – в Дальне-Восточном ФО (75,59 сл. на 10 тыс. населения) (рис.1).

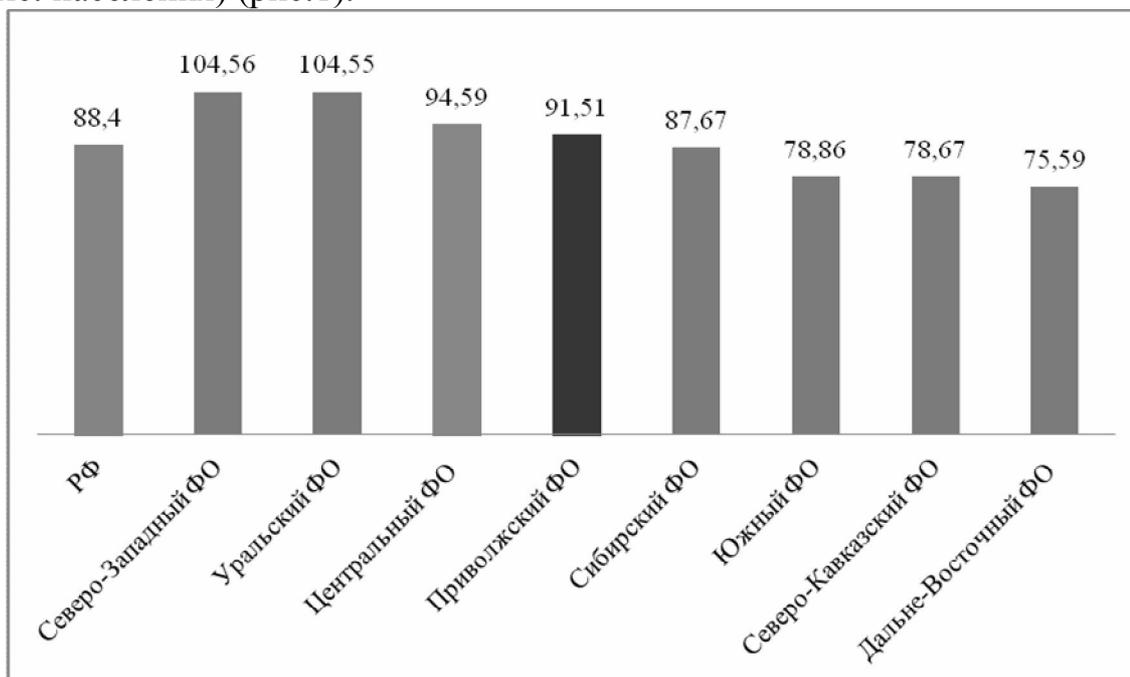


Рис.1. Сравнительная характеристика средних показателей уровня первичной инвалидности населения по федеральным округам РФ за период с 2004 по 2013 гг. (на 10 тыс. населения)

При анализе средних показателей первичного выхода на инвалидность по регионам ПФО выявлено, что Саратовская область занимает последнее, 14 ранговое место [2]. Средний уровень первичной инвалидности по региону составил 64,61 сл. на 10 тыс. населения, что существенно ниже уровня

первичной инвалидности по ПФО (на 30%). Самый высокий уровень первичной инвалидности в ПФО - в Кировской области (128,44 сл. на 10 тыс. населения) (рис. 2).

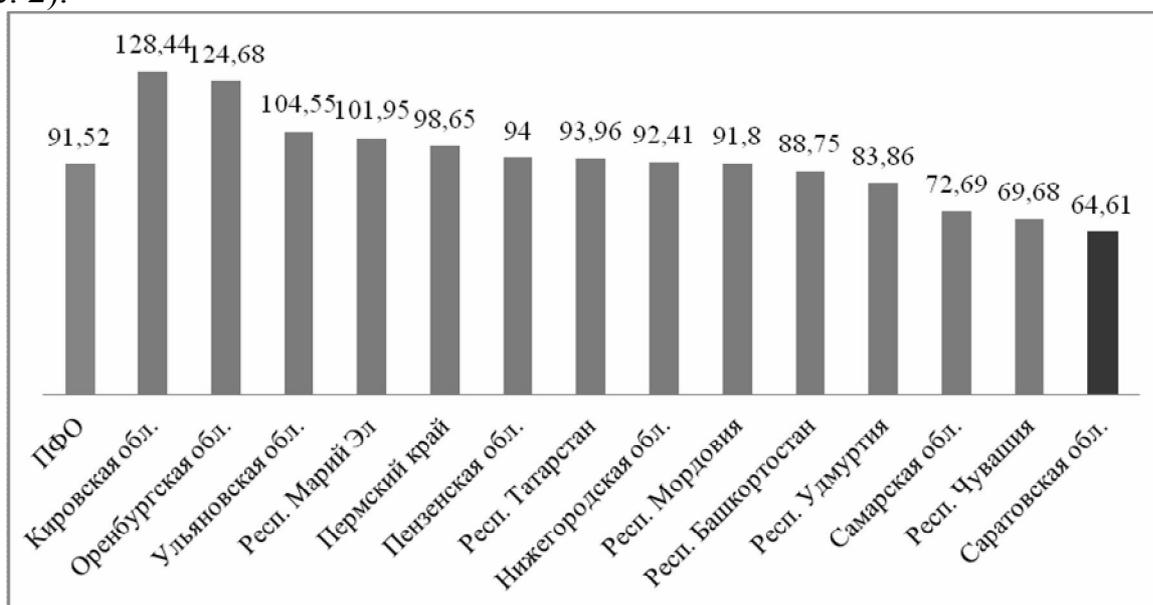


Рис. 2. Сравнительная характеристика средних показателей первичной инвалидности взрослого населения по регионам ПФО за период с 2004 по 2013 год (на 10 тыс. населения)

Среди причин первичного выхода на инвалидность населения ПФО на первом месте – болезни органов кровообращения (36,2 сл. на 10 тыс. населения), на втором месте – новообразования (15,4 сл. на 10 тыс. населения), на третьем – болезни костно-мышечной системы (6,2 сл. на 10 тыс. населения). Четвертое и пятое ранговые места занимают последствия травм, отравлений и психические расстройства (соответственно 4,0 сл. и 3,4 сл. на 10 тыс. населения) (рис. 3).

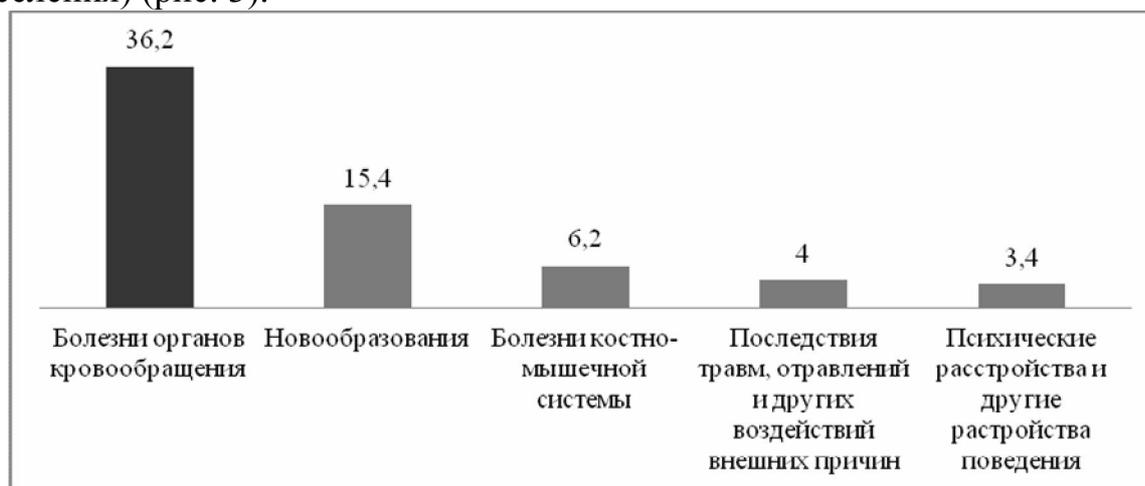


Рис. 3. Средние показатели первичной инвалидности взрослого населения ПФО по основным классам заболеваний населения за период с 2004 по 2013 гг. (на 10 тыс. населения)

Показатели первичного выхода на инвалидность населения Саратовской области (рис.4) ниже, чем в среднем по России и ПФО. Снижение показателя первичного выхода на инвалидность по региону за 9 лет составило 25%.

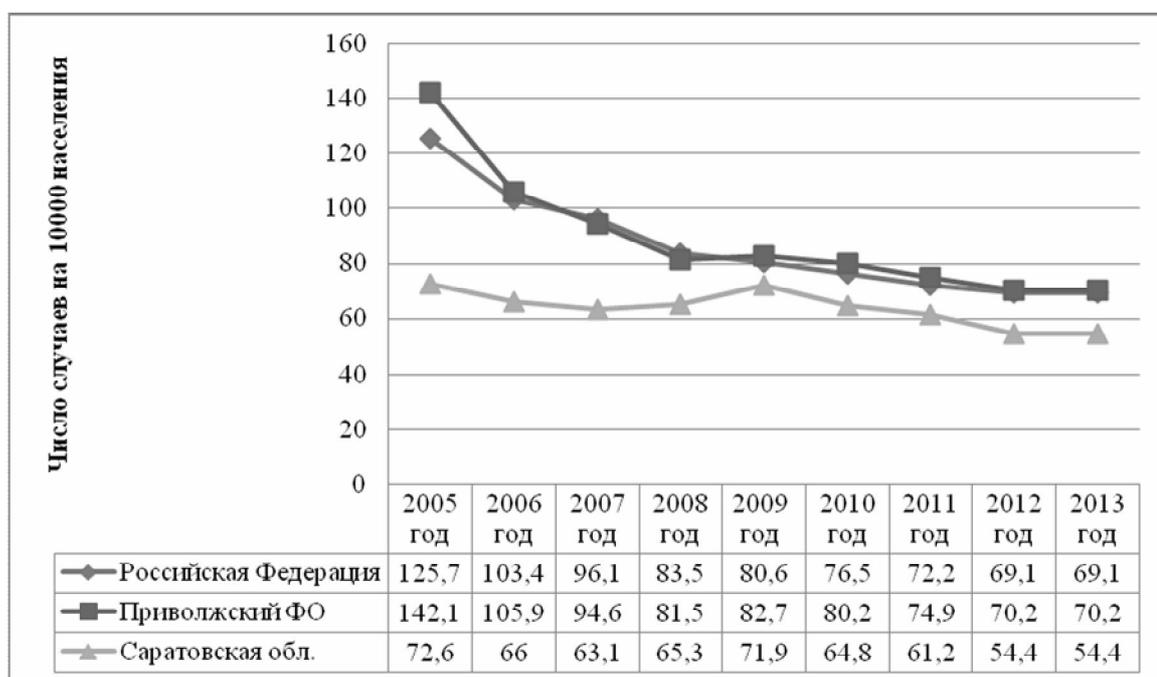


Рис. 4. Первичный выход на инвалидность взрослого населения Саратовской области, РФ и ПФО за период с 2005 по 2013 г. (на 10 тыс. населения)

В структуре причин первичного выхода на инвалидность населения региона доминируют болезни системы кровообращения, на втором месте – злокачественные новообразования, по которым показатель инвалидности в области выше среднего по России на 10,3 %. Третье ранговое место занимают болезни костно-мышечной системы. Четвертое и пятое место поделили между собой болезни глаза и его придатков и последствия травм (рис.5).

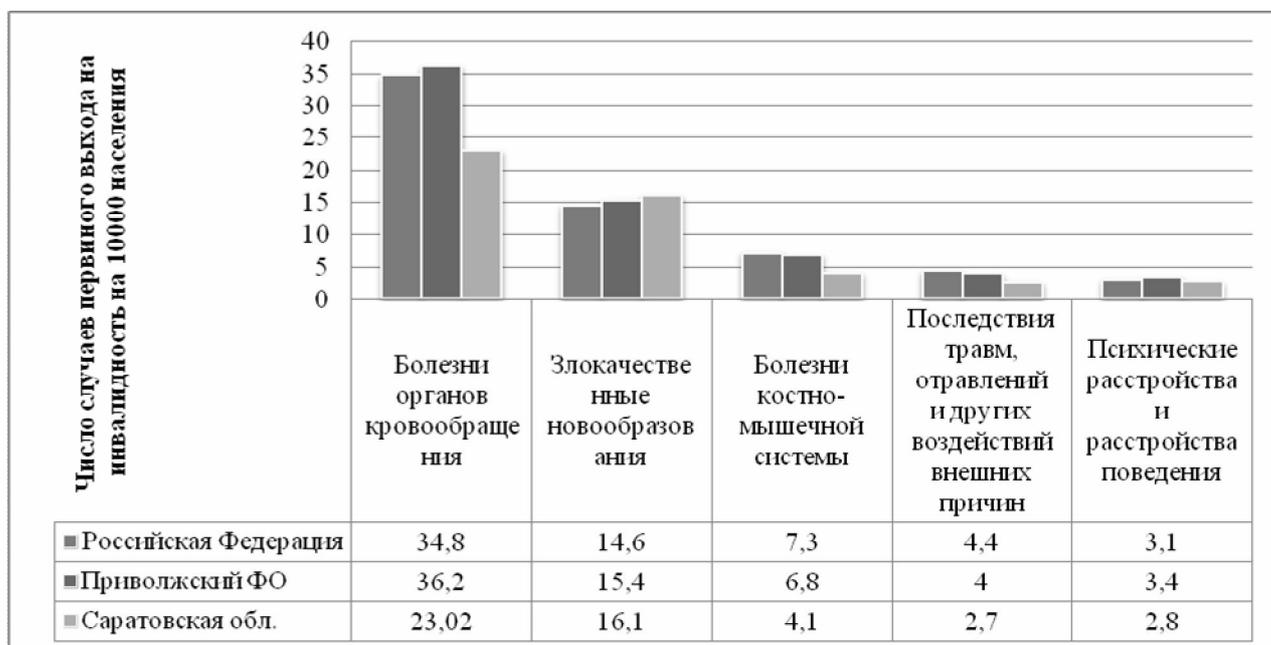


Рис. 5. Сравнительная характеристика средних показателей первичного выхода на инвалидность взрослого населения Саратовской области и РФ по ведущим классам болезней за период с 2005 по 2013 гг. (на 10 тыс. населения).

Проведенный анализ динамики первичного выхода на инвалидность взрослого населения Саратовской области показал, что Саратовская область является типичным регионом в Российской Федерации. Выявлены высокие показатели инвалидизации населения по причине заболеваний системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, что говорит о низком уровне профилактической работы при оказании первичной медико-санитарной помощи и необходимости оптимизации ее организации.

Литература

1. Диамант И.И., Околелов В.Ф., Трифонова И.А. Основные причины инвалидности в Томской области // Вестник ТГПУ. – 2007. – Выпуск 5 (68). Серия: педагогика (физическая культура) – С. 87-90

2. Российский статистический ежегодник 2005–2013г. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (последнее обращение 30.04.2013)/

Сазанова Г.Ю., Абызова Н.В.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В настоящее время одним из приоритетов деятельности медицинских организаций в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является вопрос качества оказания медицинской помощи пациентам независимо от уровня ее оказания в соответствии с утвержденными стандартами и порядками.

Для выяснения проблем качества оказания медицинской помощи нами был проведен анализ выполнения стандартов оказания медицинской помощи больным стабильной стенокардией на разных уровнях ее оказания. Для изучения степени выполнения стандарта, утвержденного приказом МЗ и СР РФ от 20 апреля 2007 г. № 288, была разработана оригинальная карта выкопировки данных из медицинской документации, которая включает 152 параметра стандарта с различной частотой назначения и исполнения.

Оценка степени выполнения диагностического, лечебного и медикаментозного компонентов стандарта проводилась путем определения процента фактического применения параметров от рекомендованной в стандарте кратности. При анализе выполнения параметров с указанной частотой ниже единицы за 100% принималась соответствующая доля выборочной совокупности (с кратностью 0,5 – 50% совокупности, с кратностью 0,3 – 30% и т.д.).

Генеральная совокупность представлена 16236 медицинскими картами пациентов с диагнозом «стабильная стенокардия», получавших лечение в кардиологических отделениях различных стационаров региона (в ЦРБ – 6924 больных, в городских больницах – 6120, в областных и федеральных медицинских организациях – 3192 пациента. Методом случайной выборки была отобрана 1271 медицинская карта стационарного больного с диагнозом «стабильная стенокардия». Из них 447 пациентов (35%) получали медицинскую помощь в центральных районных больницах, 417 (33%) – в городских медицинских организациях, 407 (32%) – в учреждениях областного и федерального подчинения.

В городе проживало 76,1% пациентов, в сельской местности – 22,7%. На стационарное лечение 57,7% больных были направлены врачами поликлиники, 5,2% пациентов – службой скорой помощи, в результате самообращения госпитализированы 7,1% пациентов. Средний возраст пациентов – 63,8 года.

Использовались методы исследования: контент-анализа, аналитический, статистический.

Обработка карт включала в себя построение и анализ частотных распределений показателей и проводилась с использованием программных средств MS EXCEL.

Выполнение параметров стандарта отмечается в медицинских организациях федерального и областного подчинения – в 94% случаев, в городских больницах – в 68%, в ЦРБ – в 56% случаев.

Однако из 152 параметров с рекомендованной частотой применения выполняются в ЦРБ 37 (24,3%), в городских больницах – 46 (30,3%), в областных и федеральных медицинских организациях – 38 (25,0%). Не выполняется в ЦРБ 66 параметров (44%), в городских больницах – 49 (32%), в областных и федеральных медицинских организациях – 9 параметров (6%).

Из 57 параметров диагностического компонента с частотой применения, рекомендованной стандартом, в ЦРБ, областных и федеральных больницах были выполнены по 17 (29,8%), в городских больницах – 22 параметра (38,5%). Фактически не выполнялись в ЦРБ 23 параметра (40,3%), в городских больницах – 11 (19,3)%. В клиниках областного и федерального подчинения с различной частотой применения выполнялись все параметры диагностического компонента стандарта.

Из 77 параметров лечебного компонента с частотой применения, рекомендованной стандартом, в ЦРБ были выполнены 20 (26%), в городских больницах – 24 (31,2%), в областных и федеральных больницах – 21 параметр (27,2%). Не выполняются в ЦРБ 37 параметров (48%), в городских больницах – 31 параметр (40%), в федеральных и областных медицинских организациях – 9 параметров (12%).

В медицинских организациях ни один из 18 параметров *медикаментозного компонента* не выполнялся с рекомендованной частотой применения. Однако, в областных и федеральных медицинских организациях отмечено выполнение с различной степенью кратности всех параметров, в то время как в ЦРБ и городских больницах не выполняется соответственно 33% и

39% параметров. Больше половины параметров в ЦРБ и медицинских организациях федерального и областного подчинения (соответственно 78% и 56%) выполняются с кратностью, ниже рекомендованной. В городских больницах на долю этой группы параметров приходится 39%

Для анализа проблем качества оказания медицинской помощи было изучено мнение врачей, оказывающих медицинскую помощь больным с заболеваниями системы кровообращения, а также руководителей учреждений здравоохранения о возможности выполнения и о финансовом обеспечении стандартов медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов кровообращения на региональном уровне.

Среди причин неполного выполнения стандартов на первом месте респонденты выделили отсутствие необходимой аппаратуры (39% специалистов и 41% руководителей), второе место в ответах (соответственно 23% и 29%) заняли проблемы отсутствия в ЛПУ специалистов; третье место – отсутствие реактивов при выполнении диагностических мероприятий (17% и 13%) и на четвертом месте – проблема обеспечения учреждений необходимыми лекарственными средствами (16% и 14%). Мнение об отсутствии обязательности выполнения стандартов в полном объеме высказали 5% врачей и 3% руководителей.

Таким образом, выявлено невыполнение стандартов на всех уровнях оказания медицинской помощи больным с диагнозом стабильной стенокардией. По мнению специалистов и руководителей медицинских организаций основными причинами этого является проблемы материально-технического, кадрового и лекарственного обеспечения медицинских организаций.

Панкратова Л.Э., Казимирова Н.Е., Волчкова И.Л., Тугушева Г.Ю.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТРЫВА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

Борьба с туберкулезом является одним из приоритетных направлений современной медицины [1, 35; 3, 57]. Значимость этой проблемы возросла в последние десятилетия, когда после периода длительного благополучия, связанного с открытием и широким использованием противотуберкулезных препаратов, вновь стал отмечаться рост заболеваемости туберкулезом во всех странах мира [3, 58; 4, 124]. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в РФ, несмотря на наблюдающееся в последние годы улучшение, продолжает оставаться напряженной. Показатели заболеваемости и смертности стабилизировались на высоком уровне [5, 64]. Основными причинами высокой заболеваемости и смертности, низкой эффективности лечения и значительной доли перехода впервые выявленных больных в категорию хроников являются

выраженная распространенность лекарственной устойчивости, особенно наиболее опасной ее разновидности – множественной лекарственной устойчивости (МЛУ), (т.е. устойчивости к 2 основным препаратам 1 ряда - изониазиду и рифампицину) и рост сочетанного поражения – туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Наряду с этими важными параметрами на течение и исход болезни существенно влияет отношение пациента к заболеванию, его приверженность лечению, способность завершить полный курс лечения. Лечение туберкулеза в современных условиях, несмотря на внедрение схем краткосрочной терапии (состоящей как минимум из 4 противотуберкулезных препаратов), и учитывая широкую распространенность лекарственной устойчивости, нередко занимает весьма продолжительный период. Терапия подчас удлиняется и за счет того, что используемые в настоящее время в нашей стране методы определения лекарственной устойчивости МБТ (выращивание возбудителя на твердых питательных средах, в частности, на среде Левенштейна-Йенсена) позволяют получить результат не ранее, чем через 3-4 месяца от начала терапии. Проводимая до этого терапия стандартными методами без учета лекарственной устойчивости далеко не всегда дает положительный эффект, а в ряде случаев отмечается отрицательная клинико-рентгенологическая динамика, что еще более удлиняет сроки лечения. Рекомендованный курс лечения туберкулеза с МЛУ составляет не менее 18-24 мес., причем интенсивная фаза (6 мес.) должна быть проведена в условиях стационара. Нередко излечение распространенных, хронических форм требует хирургического лечения, включающего несколько этапов. Такая длительная терапия туберкулеза требует немалых усилий от пациента.

В условиях современной интенсивной терапии туберкулеза исход заболевания в значительной степени определяется отношением больного к лечению, кооперацией с медперсоналом [2, 13]. Преждевременный отрыв от терапии (больные прерывают лечение и самовольно покидают стационар, либо нарушают режим, что также приводит к досрочной выписке) обуславливает ее неэффективность, способствует росту (амплификации) лекарственной устойчивости и дальнейшему прогрессированию болезни, нередко ее переходу в хроническую форму. Пациенты, не завершившие лечение, возвращаются в социум, они представляют собой эпидемиологическую опасность в плане распространения инфекции среди здорового окружения, таким образом поддерживается резервуар инфекции в обществе.

Поставлена цель определить категории больных, в наибольшей степени предрасположенных к досрочному прерыванию лечения.

Обследовано 416 больных туберкулезом, находившихся на лечении в ГУЗ СОКТБ в 2011-2012 г.г. (преимущественно впервые выявленных). Полный курс лечения (интенсивная фаза, либо достижение положительной динамики) провели только 46,8% пациентов; 6,5% умерли, несмотря на проводимое лечение; 14,4% были переведены в другие стационары; 32,2% (каждый третий пациент) прекратили лечение досрочно. После исключения из анализируемой

группы умерших и переведенных в другие стационары доля оторвавшихся от лечения составила уже 40,7%. 14,0% из них были выписаны за нарушение режима, 23,7% самовольно прервали лечение и покинули стационар, 3,0% отказались от лечения по семейным и прочим обстоятельствам. Среди мужчин удельный вес оторвавшихся от лечения был выше – 47,3%, чем среди женщин – 36,1%, однако различие не являлось достоверным ($p>0,05$).

В связи с этим был проведен анализ и других факторов, которые могли оказать влияние на исходы лечения: распространенность и тяжесть процесса и социальное положение пациентов. Оказалось, что в случаях ограниченных процессов без распада удельный вес оторвавшихся от лечения был значительно ниже – 23,3%, чем среди больных с распространенными процессами – 50,4% ($p<0,01$). Среди пациентов с ограниченными процессами, по нашему мнению, могли преобладать социально адаптированные лица, уделяющие больше внимания своему здоровью, регулярно обследующиеся на туберкулез и раньше обращающиеся за медицинской помощью. В связи с этим были проанализированы исходы лечения у больных с различным социальным положением. В группе социально-адаптированных лиц оторвалась от лечения 1/4 часть – 26,2%, среди социально-дезадаптированных – более половины – 58,0% ($p<0,001$).

Особо угрожаемую группу по отрыву от лечения могли представлять и такие категории пациентов, как больные с множественной лекарственной устойчивостью и лица с ВИЧ-инфекцией.

Среди пациентов с наилучшими характеристиками туберкулезного процесса, не отягощенных ВИЧ-инфекцией и МЛУ, доля оторвавшихся от лечения была сравнительно невысока и составила 33,6%.

В группе больных с множественной лекарственной устойчивостью, продолжительность лечения которых максимальна (IV стандартный режим предполагает продолжительность общего курса лечения не менее 18-24 мес., интенсивная фаза, проводимая в условиях стационара составляет не менее 6 мес.). риск отрыва от лечения, казалось бы, должен превзойти таковой у пациентов, не нуждающихся в столь длительном лечении. Терапия пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом и особенно туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью требует не только длительного, но и значительно более дорогостоящего лечения с применением препаратов, нередко вызывающих серьезные побочные реакции [4,343]. К тому же известно, что одной из причин развития МЛУ, является неадекватное отношение пациента к лечению, его прерывание, невыполнения врачебных рекомендаций.

Между тем, результаты проведенного исследования показали, что отрывы от лечения в этой группе были относительно редкими и составляли 37,4%, (среди впервые выявленных больных - 19,4% и 55,5% среди хроников), что существенно не отличало их от группы пациентов без отягощающих факторов ($p>0,05$). При этом обращает на себя внимание то, что сроки пребывания больных в стационаре были чрезвычайно продолжительными, интенсивная фаза в пределах 180 доз была лишь у 20,3% из них, у остальных 79,8% она

превышала 6 мес. и у многих весьма значительно, что, однако, не сопровождалось увеличением частоты досрочного прекращения лечения.

Особую угрозу в плане отрыва от лечения представляют больные туберкулезом с ВИЧ-инфекцией. Значительную часть из них составляют социально-дезадаптированные лица, употреблявшие наркотики на том или ином этапе жизни, либо имевшие половые связи с подобными лицами, а также ведущие беспорядочную половую жизнь. Среди них отрывы от лечения встречались чаще всего и составили 58,9%, что их достоверно отличало от группы больных без отягчающих факторов ($p < 0,001$).

Личностные особенности больных также существенно влияли на их отношение к болезни. В наибольшей степени были склонны к досрочному прерыванию лечения лица возбудимого типа (конфликтные, вспыльчивые), отрыв от лечения среди них составил 64,7%. Лица шизоидного типа (замкнутые, малообщительные) с трудом адаптировались к условиям стационара, что у 37,5% привело к досрочному прекращению лечения. Пациенты с последствиями органического поражения ЦНС в 36,3% отрывались от лечения, что существенно превышало число отрывов у лиц с иными психологическими характеристиками ($p < 0,01$). Можно полагать, что именно эти пациенты преобладали среди категории ВИЧ-инфицированных. Такая категория больных туберкулезом в наименьшей степени склонна к кооперации с медперсоналом, обеспечивающей наилучшие условия для выздоровления.

Заключение. Проведенный анализ установил, что среди факторов, предрасполагающих к досрочному отрыву больных от лечения распространенные туберкулезные процессы, социальная дезадаптация, определенные личностные характеристики (психопатии возбудимого, шизоидного круга, лица с органическим поражением ЦНС) и особенно наличие ВИЧ-инфекции. Знание групп риска по вероятному отрыву от лечения позволит сосредоточить усилия врача именно на этой категории пациентов и предпринять меры, направленные на предупреждение отрыва больных от лечения.

Литература

1. Приймак А.А. Размышления о туберкулезе // Пульмонология. – 2005. – С.35-38
2. Сухова Е.В. Поведенческая агрессия больных туберкулезом легких и способ ее коррекции. // Пробл. туб. – 2003 – №12 – С.13-16.
3. Туберкулез – национальное руководство / Под ред. М.И. Перельмана. - М.: ГЭОТАР. – 2007. – 752 с.
4. Туберкулез / Под ред. Б. Блума. – М.: Медицина, 2002. – 677 с.
5. Туберкулез в Российской Федерации 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М. – 2013. – С. 618.

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Проблема укрепления здоровья населения и профилактики заболеваний предусматривает интегрированный подход, основанный на взаимодействии законодательных, медицинских, социальных и образовательных структур. Основой нормативно-правовой базы профилактики заболеваний и формирования у населения здорового образа жизни является Федеральный закон 323 « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», государственные программы по охране здоровья населения от воздействия табачного дыма. Большую роль в формировании здорового образа жизни среди молодежи играют педагоги и врачи образовательных учреждений, которые проводят санитарно-гигиеническое воспитание по вопросам рационального питания, отказа от вредных привычек, занятия физкультурой и спортом. С целью реализации стратегии направленной на формирование здорового образа жизни и раннего выявления заболеваний в нашей стране разработаны новые порядки проведения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения.

Широкое распространение хронических неинфекционных заболеваний, обусловлено особенностями образа жизни и связанными с ними факторами риска заболеваний. Модификация образа жизни и снижение уровней факторов риска может предупредить или замедлить развитие заболевания как до, так и после проявления клинических симптомов [1, 1]

Доказано, что восемь факторов риска обуславливают до 75 % смертности от этих видов патологий. К этим факторам риска относятся: повышенное АД, дислипидемия, курение, нерациональное питание, низкий уровень физической активности, повышенный уровень глюкозы в крови, избыточная масса тела и ожирение [2, 1]

Здоровье человека на 50-55 % определяется образом жизни, 1/5 часть формируется в результате неблагоприятного воздействия окружающей среды, в 10% обусловлено наследственной предрасположенностью и лишь 1/10 часть всей заболеваемости связана непосредственно с медицинскими аспектами. В связи с этим, ранняя диагностика факторов риска и хронических неинфекционных заболеваний с последующей их коррекцией, а также формирование здорового образа жизни являются одним из основных направлений профилактики.

Важная роль в формировании у пациентов здорового образа жизни отводится участковому врачу и врачу общей практики, которые хорошо знают

условия и образ жизни семей и проводят индивидуальные беседы с пациентами. [3, 2]

Профилактика в семье неразрывно связана с индивидуальной профилактикой и является определяющим условием формирования здорового образа жизни, она призвана обеспечить рациональное питание, полноценный отдых, занятия физической культурой и спортом, создать условия исключающие появление вредных привычек. Семья обеспечивает гармоничное развитие детей с самого раннего возраста, создает атмосферу повседневной заботы о каждом члене, его здоровье и духовном благополучии. Активность населения в борьбе с факторами риска зависит от изменения психической установки в сторону ориентации на здоровый образ жизни, а последний немислим без адекватного отношения пациента к своему здоровью.

Профилактическое консультирование является одним из основных направлений в формировании здорового образа жизни. Профилактическое консультирование – это не только доходчивое, понятное объяснение, но и попытка повлиять на пациента, мотивировать его к изменению, оздоровлению поведения [4, 2].

Процесс изменения поведения пациента очень сложный, поэтому медицинскому работнику необходимо не только провести беседу, дать рекомендации, а важно научить пациента, как правильно им следовать.

Во время беседы врач должен оценить отношение пациента к факторам риска, его желание и готовность к изменению образа жизни. В зависимости от того насколько пациент готов изменить образ жизни, зависит тактика дальнейшего сотрудничества. Если пациент готов к переменам, то нужно составить с пациентом план действий, конкретный план оздоровления. Чем более достижима цель, тем эффективнее будет результат. Если пациент не готов изменить образ жизни, необходимо проанализировать имеющийся барьер и выяснить причину отказа. Пациента нужно убеждать в необходимости изменения образа жизни, контролировать выполнение рекомендаций, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих визитах.

Консультирование проводится среди разных групп населения, здоровых, лиц с повышенным риском возникновения заболевания и пациентов с острой и хронической патологией.

Методика работы со здоровым контингентом населения включает проведение индивидуальной беседы и выдачу тематической памятки, которая содержит практические советы, направленные на сохранение и укрепление здоровья.

В современных условиях профилактической работы особую важность приобретает консультирование людей имеющих повышенный риск возникновения заболеваний, т.е. имеющих факторы риска. Профилактическое консультирование пациентов, находящихся под угрозой болезни включает вопросы первичной профилактики заболевания и коррекции выявленных факторов риска. Здесь приходится воздействовать на уже сложившиеся привычки поведения и поэтому профилактическое консультирование должно

строиться таким образом, чтобы была возможность прямого, повторного общения, в процессе которого пациент мог взять на себя обязательства по изменению своего образа жизни, а медицинский работник контролировать выполнение этих обязательств. Пациентам даются конкретные советы, которые направлены на устранение имеющихся факторов риска (лечение табачной зависимости, ожирения, гиперхолестеринемии).

Профилактическое консультирование пациентов с заболеваниями несколько иное, это-мероприятия, направленные на предупреждение обострения заболевания и прогрессирования уже имеющегося заболевания. В данном случае важно также акцентировать внимание пациента на соблюдении здорового образа жизни, борьбу с факторами риска, т.к. от этого в большей степени зависит успех лечения и ускорение выздоровления. С пациентами проводится групповое консультирование, во время которого пациент получает дополнительную информацию, позволяющую ему лучше изучить свое заболевание, понять советы врача и осознать необходимость следовать им. Группы должны формироваться с учетом возраста пациентов и заболевания, т.к. как в каждом возрастном периоде организм решает свои специфические проблемы, обусловленные особенностями адаптации к условиям жизни; в профессиональной группе имеются профессиональные идентичные вредности и особенности гигиены труда; пациенты с аналогичным заболеванием имеют общую этиологию, клинику, вероятность развития осложнений. Для каждой группы разрабатывается комплекс занятий, включающих в себя информацию о заболевании и профилактических мероприятиях. На занятиях с пациентами подробно изучают диету, меры воздействия на факторы риска, вредные производственные факторы, принципы диспансеризации.

В заключение следует отметить, что при формировании здорового образа жизни должен учитываться интегрированный подход, основанный на тесном сотрудничестве медицинских работников, педагогов, законодательства, который во многом зависит от качества проведения профилактического консультирования и активности самого населения.

Литература

1. Калинина А.М., Бойцов С.А. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими не инфекционными заболеваниями и факторами риска: основные принципы. // Ж. Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16. – № 4. – С. 8.
2. Бойцов А.С., Бубнова М.Г. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. М. – 2013.
3. Шеметова Г.Н., Балашова М.Е., Ульянова А.С. Опыт развития общеврачебной практики в условиях муниципального здравоохранения. Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т.5 – №1. – С. 87
4. Организация профилактической работы с населением: учебное пособие /под. ред. Г.Н. Шеметовой. Саратов: Изд-во СГМУ. – 2014. – 294 с.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Современный подход к управлению качеством медицинской помощи включает в себя соблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций на основе создания так называемых клинических протоколов.

Данное исследование проводилось в дневных стационарах многопрофильного учреждения ГУЗ «СОДКБ». Рассматривалась сплошная выборка пролеченных детей на койках дневного пребывания в 2011- 2013гг. по данным медицинской документации.

Стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи являются до сих пор перспективными в российском здравоохранении [1, 216; 2, 130]. Эти формы представлены койками дневного стационара в следующих отделениях ГУЗ «СОДКБ» – гастроэнтерологическом – 12 коек, нефрологическом – 10 коек, неврологическом – 11 коек, эндокринологическом: 5 коек эндокринологических, 2 койки гинекологические, педиатрическом: 6 пульмонологических коек, 2 кардиологические, 1 ревматологическая. Всего: 49 коек.

За 2011, 2012, 2013 гг. через них прошли соответственно 1663, 1551, 1625 человек. Среди нозологических единиц, которые наблюдались чаще всего при оказании стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи в ГУЗ "СОДКБ" можно выделить следующие:

I место – хронический гастродуоденит неуточненный (2011- 2013 гг.);

II место – энцефалопатия неуточненная (2011- 2013 гг.);

III место – другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы неуточненные (2012- 2013 г.) и дисфункция гипоталамуса, не классифицированная в других рубриках (2011 г.).

Анализируя госпитализированную заболеваемость на койках дневного пребывания ГУЗ «СОДКБ», можно выявить лидирующие следующие группы нозологий среди основных заболеваний клинического диагноза у пациентов: болезни органов пищеварения, болезни нервной системы, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.

В гастроэнтерологическом отделении на койках дневного стационара у больных за последние три года у госпитализированных детей были следующие заболевания:

I место – хронический гастродуоденит;

II место – дискинезия желчевыводящих путей;

III место – хронический энтерит и колит;

IV место – мегадолихоколон.

Структура наиболее часто встречающихся нозологических единиц (по МКБ-10) среди пациентов стационара дневного пребывания ГУЗ "СОДКБ" за период 2011 по 2013 г.

Таблица 1

Ранговое место	Код по МКБ-10	Частота 2011		Частота 2012		Частота 2013	
		(абс.)	%	(абс.)	%	(абс.)	%
1.	K 29.9	237	14,3	218	14,0	214	13,2
2.	G 93.4	148	8,9	149	9,6	183	11,3
3.	E 23.3	95	5,7	75	4,8	65	4,0
4.	G 90.8	72	4,3	89	5,7	74	4,6
5.	J 45.0	57	3,4	56	3,6	70	4,3
6.	N 15.8	52	3,1	46	3,0	36	2,2
7.	Q 63.8	51	3,1	37	2,4	41	2,5
8.	J 20.9	50	3,0	41	2,6	38	2,3
9.	N 11.8	37	2,2	31	2,0	50	3,1
10.	G 80.0	36	2,2	23	1,5	29	1,8
11.	E 66.0	32	1,9	27	1,7	27	1,7
12.	J 45.8	30	1,8	40	2,6	33	2,0
13.	Q 43.8	28	1,7	28	1,8	45	2,8
14.	E 30.8	27	1,6	19	1,2	30	1,8
15.	J 44.8	26	1,6	31	2,0	23	1,4
16.	N 11.0	25	1,5	24	1,5	25	1,5
17.	G 90.9	23	1,4	6	0,4	0	0
18.	N 31.0	23	1,4	22	1,4	12	0,7
19.	G 44.2	20	1,2	11	0,7	16	1,0

Управление качеством медицинской помощи основывается прежде всего на контроле качества оказания медицинской помощи. В ГУЗ «СОДКБ»

контроль качества проводится ведомственный (внутренний) и вневедомственный.

Контроль качества медицинской помощи осуществляется в ГУЗ «СОДКБ» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности на вид работ (услуг): «контроль качества медицинской помощи», ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи, на четырех уровнях контроля: первый уровень контроля - заведующие отделениями, второй уровень контроля - заместители главного врача, третий уровень контроля – врачебная комиссия ГУЗ «СОДКБ», четвертый уровень – Медицинский Совет.

Вневедомственная экспертиза качества медицинской помощи проводится ТФ ОМС и СМО на основании утвержденного Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФФ ОМС №230 от 1.12.2010 г. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» устанавливает соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи выявляет нарушения в оказании медицинской помощи, в том числе дает оценку правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и устанавливает причинно-следственные связи выявленных дефектов в оказании медицинской помощи [3, 13].

Медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи, проводимые СМО за период 2011-13 гг., при оказании стационарзамещающей медицинской помощи в ГУЗ "СОДКБ"

Таблица 2.

Код штрафных санкций	Медико-экономическая экспертиза			Экспертиза качества медицинской помощи		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Без нарушений	362	185	296	197	65	192
2001	0	0	0	9	0	0
2002	0	0	0	1	0	0
2005	0	0	0	2	0	0

2008	0	0	0	1	0	0
4001	9	0	0	0	0	0
4004	2	0	0	0	0	0
5007	9	10	24	0	0	0
5014	5	3	7	0	0	0
5016	0	4	5	0	0	0
5017	1	1	1	0	0	0
5024	0	0	4	0	0	0
5027	0	0	4	0	0	0
7020	7	6	18	0	0	0
7035	0	0	1	0	0	0
7041	0	0	1	0	0	0
8003	0	0	0	12	7	11
8010	0	0	0	2	1	1
8020	0	0	0	4	3	8
8031	0	0	0	0	0	4

При проведении страховыми медицинскими организациями медико-экономической экспертизы (МЭЭ) установлено больше всего нарушений в порядке убывания с I места и далее:

I место – невыполнение лечебных мероприятий без вреда (2012, 2013 гг.) и удлинение сроков лечения (2011г.);

II место – дефекты оформления медицинской документации (2012, 2013 гг.), невыполнение лечебных мероприятий без вреда (2011г.);

III место – дефекты оформления медицинской документации (2011г.);

III место – нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) к ухудшению состояния застрахованного лица (2012г.);

III место – преждевременное прекращение лечебных мероприятий (2013г.)

При проведении экспертизы качества медицинской помощи:

I место невыполнение лечебных мероприятий без вреда (2011, 2012, 2013гг.)

II место дефекты оформления медицинской документации (2011, 2012, 2013гг.)

III место (2011, 2012гг.) – преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения), не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица.

III (2013гг.) – невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, не повлиявшее на состояние застрахованного лица.

В гастроэнтерологическом отделении:

При лечении и обследовании пациентов с хроническими гастродуоденитами - по МЭЭ – в 2011г. нет замечаний, в 2012г. - зафиксирован 1 дефектный случай - нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении, в 2013г. - 1 место – преемственность в лечении, 2 и 3 место - преемственность в лечении и невыполнение лечебных мероприятий без вреда. По ЭКМП: 2011г. - 1 место – невыполнение лечебных мероприятий без вреда, 2 место — дефекты оформления медицинской документации, 3 и 4 место — невыполнение лечебных мероприятий без вреда и несоответствие сроков лечения реестру; 2012г. - без замечаний; 2013г - невыполнение лечебных мероприятий без вреда.

При лечении и обследовании пациентов с дискинезиями желчевыводящих путей – по МЭЭ были замечания в 2011г. - дефекты оформления медицинской документации, в 2011 и 2013г. - без штрафных санкций, при проведении ЭКМП за последние три года нарушений качества оказания медицинской помощи не установлено.

При лечении и обследовании пациентов с хроническими энтеритами и колитами – по МЭЭ - в 2011г.: 2014, невыполнение лечебных мероприятий без вреда, дефекты оформления медицинской документации; в 2012 и 2013гг. без замечаний. По ЭКМП – без штрафных санкций.

При лечении и обследовании пациентов для мегадолихоколон – по МЭЭ: в 2013 – дефекты оформления медицинской документации, 2013 и 2014 без замечаний. По ЭКМП – без штрафных санкций.

Нарушения при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при лечении и обследовании пациентов с основным клиническим диагнозом хронический гастрит

Таблица 3

	Шифр по МКБ-10		2011		2012		2013		
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
	К 29.9	МЭЭ	0	39	100	23	95,8	47	85,5
1.			5007	0	0	0	0	2	3,6
			5016	0	0	1	4,2	2	3,6
			5027	0	0	0	0	3	5,5
			7020	0	0	0	0	1	1,8
			ЭКМП	0	31	79,5	7	100	17
		8003		4	10,3	0	0	1	5,6
		8020		2	5,1	0	0	0	0
		2001		1	2,55	0	0	0	0
		2008		1	2,55	0	0	0	0

Нарушения при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при основном клиническом диагнозе дискинезия желчевыводящих путей.

Таблица 4

	Шифр по МКБ-10		2011		2012		2013		
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
	К 82.8	МЭЭ	0	8	88,9	7	100	14	100
2.			5007	0	0	0	0	0	0
			5016	0	0	0	0	0	0
			5027	0	0	0	0	0	0
			7020	1	11,1	0	0	0	0
			ЭКМП	0	8	100	0	0	6
		8003		0	0	0	0	0	0
		8020		0	0	0	0	0	0
		2001		0	0	0	0	0	0
		2008		0	0	0	0	0	0

Нарушения при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при основном заболевании клинического диагноза: хронический энтерит и колит.

Таблица 5

	Шифр по МКБ-10		2011		2012		2013		
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
3.	К 52.9	МЭЭ	0	6	75	2	66,7	5	100
			5007	1	12,5	1	33,3	0	0
			5016	0	0	0	0	0	0
			5027	0	0	0	0	0	0
			7020	1	12,5	0	0	0	0
		ЭКМП	0	2	100	0	0	1	100
			8003	0	0	0	0	0	0
			8020	0	0	0	0	0	0
			2001	0	0	0	0	0	0
			2008	0	0	0	0	0	0

Нарушения при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при основном клиническом диагнозе: мегадолихоколон.

Таблица 6

	Шифр по МКБ-10		2011		2012		2013		
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
4.	Q 43.8	МЭЭ	0	6	100	1	100	11	91,7
			5007	0	0	0	0	0	0
			5016	0	0	0	0	0	0
			5027	0	0	0	0	0	0
			7020	0	0	0	0	1	8,3

	ЭКМП	0	2	100	0	0	3	100
		8003	0	0	0	0	0	0
		8020	0	0	0	0	0	0
		2001	0	0	0	0	0	0
		2008	0	0	0	0	0	0

Вывод: на основе проведенного исследования установлено, что наиболее важными мероприятиями в ГУЗ «СОДКБ» для улучшения качества медицинской помощи являются контроль за оформлением медицинской документации, преемственность в оказании медицинской помощи, жесткий контроль за лечебным процессом (выполнение согласно стандарту необходимых лечебных мероприятий в полном объеме).

Литература

1. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи. – М.: ЦНИИОИЗ, 2001.

2. Зыятдинов К.Ш. Дневные стационары (стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи населению): руководство для врачей. – М., 2000.

3. Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации : федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ. – URL : <http://www.rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html/> (дата обращения: 13.05.2011).

Епихина Т.П.

Самарская область, г. Тольятти, Россия

Российский государственный социальный университет, филиал в г. Тольятти

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ВИЧ-инфекция за последние 20 лет приобрела пандемический характер и представляет собой одну из наиболее серьезных угроз для социального прогресса и развития человечества. Для Российской Федерации характерна территориальная неравномерность распространения ВИЧ-инфекции, обусловленная как географическими, так и социально - экологическими и экономическими факторами. Наиболее пораженными ВИЧ-инфекцией являются города: Москва, Санкт-Петербург; области: Московская, Оренбургская, Самарская, Свердловская, Тюменская, Иркутская. Фактически каждый субъект Российской Федерации в отдельности представляет собой

регионарный вариант развития эпидемии ВИЧ-инфекции. В настоящее время человечеству открылись уже последствия ВИЧ-инфекции - болезнь и смерть миллионов людей [1, 8].

Медико-социальная экспертиза больных и инвалидов с ВИЧ-инфекцией проводится на основании нормативно-правовых актов, используемых в медико-социальной экспертизе: ФЗ №181 от 24 ноября 1995 г. «О социальной защите инвалидов в РФ, Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом, Приказ МЗ и СР РФ от 23.12.2009 г. №1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», «Административный регламент» от 2011 г. №295, согласно которым медико-социальная экспертиза проводится на основании комплексной оценки клинических, психологических, профессиональных и социальных факторов. При этом учитываются характер, течение болезни, её тяжесть, степень нарушенных функций, состояния компенсаторных механизмов, клинический, социально - трудовой прогноз, социальная адаптация, личностные установки, реабилитационный потенциал, возможность и эффективность медико-социальной реабилитации, конкретные условия и содержание труда, профессиональная подготовка, нуждаемость в различных видах социальной защиты и ТСР. Основой при оценке ограничений жизнедеятельности и определении инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции являются:

1. Определение вида, степени нарушений функций, проводящих к ограничению жизнедеятельности;
2. Определение категории и степени ограничения жизнедеятельности;
3. Определение реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза.

Показания для направления на МСЭ

Неблагоприятное течение заболевания с умеренными, выраженными и значительно выраженными функциональными нарушениями при 4 стадии (стадия вторичных заболеваний) - это развитие вторичных (оппортунистических) заболеваний, инфекционных или онкологических на фоне иммунодефицита. Оппортунистические инфекции вызываются **условно - патогенными микроорганизмами** (бактерии, вирусы, простейшие, грибы). В том числе к ним относятся **нейроинфекции**: токсоплазмозный энцефалит, криптококковый менингит, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия, цитомегаловирусный энцефалит и др.; **паразитами** (стронгилоидоз) и онкологические заболевания - саркома Капоши - у лиц молодого возраста; первичная лимфома мозга, лимфоматозный менингит, сосудистые осложнения (нарушения мозгового кровообращения).

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4а, 4б, 4в. Репликация вируса ускоряется в эту стадию. Однако этот процесс имеет ещё обратимый характер. Спонтанно или вследствие проводимой терапии

клинические проявления вторичных заболеваний могут исчезнуть. Поэтому в этой стадии выделяют фазы **прогрессирования** и **ремиссии**.

4а - (через 6-10 лет от момента заражения) - характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. **Уровень CD4-лимфоцитов 350-500 клеток в л.**

4б - (7-10 лет). Кожные поражения носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Развиваются поражения внутренних органов. Может встречаться локализованная саркома Капоши, потеря веса, лихорадка, поражение периферической нервной системы. **Уровень CD4-лимфоцитов 200-350 клеток в л.**

4в - (через 10-12 лет). Тяжелые, генерализованные, угрожающие жизни оппортунистические инфекции, поражения ЦНС. **Уровень CD4-лимфоцитов менее 200 клеток в л.**

5 стадия (терминальная). Имеющиеся у больных вторичные заболевания приобретают необратимое течение. Даже адекватно проводимая противовирусная терапия и терапия вторичных заболеваний неэффективна, и больной погибает в течение нескольких месяцев. Типично снижение **CD4 – клеток ниже 50 в л.**

Необходимый минимум обследования при направлении на МСЭ

1. Общий клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.
2. Данные исследования ликвора (при неврологических заболеваниях.)
3. Результаты исследования специфических антител в сыворотке крови и ликворе.
4. Рентгенография легких, ЭКГ, ЭХО кардиография, ФГДС, ЭЭГ, ЭМГ, УЗИ сосудов, УЗИ брюшной полости и т.д.(зависит от основного заболевания).
5. КТ или МРТ.
6. Данные офтальмологического и соматического исследования.
7. Консультация психолога, психиатра (по показаниям).

В настоящее время одним из основных лабораторных маркеров прогрессирования ВИЧ-инфекции является показатель вирусной нагрузки, по которому судят о концентрации РНК ВИЧ в крови (измеряют в периферической крови).

Высокий уровень виремии может коррелировать с увеличением риска клинической прогрессии заболевания, а снижение в плазме уровня виремии можно связать со снижением риска клинического прогресса (Макашева Е.В. и др., 2007). Этот показатель используют для определения показаний к началу противовирусной терапии и быстрой оценки её эффективности: > 100 тыс. копий – высокая; <10 тыс. копия - низкая мк/л.

Критерии инвалидности

○ **3 группа инвалидности** определяется при умеренных нарушениях функций организма, обусловленных ВИЧ – инфекцией, приводящих к

ограничению жизнедеятельности I ст. (самообслуживания I ст., передвижения I ст., трудовой деятельности I ст.).

○ **2 группа инвалидности** определяется при выраженных нарушениях функций организма, обусловленных ВИЧ-инфекцией, приводящих к ограничению жизнедеятельности II ст. (самообслуживания, передвижения, трудовой деятельности, ориентации, контроля за своим поведением - II ст.).

○ **1 группа инвалидности** определяется при значительно выраженных функциональных нарушениях, обусловленных ВИЧ-инфекцией и её осложнениями, приводящих к ограничению жизнедеятельности III ст. (самообслуживания III ст., передвижения III ст., трудовой деятельности III ст.).

Функции, которые нарушаются при ВИЧ-инфекции и её осложнениях: функции иммунитета, статодинамические функции, функции кровообращения, кроветворения, выделения, пищеварения, сенсорные, речевые, психические и т.д.

За последние годы в РФ отмечается тенденция к росту как первичной, так и повторной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции и СПИДа.

Профилактика инвалидности и реабилитация при ВИЧ-инфекции:

- общегигиенические меры;
- борьба с наркоманией;
- исключение возможности передачи инфекции с донорской кровью;
- перинатального заражения;
- оптимально возможное лечение ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний;
- профессиональная ориентация, профессиональное обучение и переобучение;
- дополнительные меры социальной помощи и защиты.

Трудности в проведении МСЭ при ВИЧ-инфекции

1. Не всегда правильно оценивается степень функциональных нарушений при вторичных заболеваниях, иногда функциональные нарушения отсутствуют.

2. В диагнозе пишется ВИЧ-инфекция 4А, Б, В - стадия вторичных заболеваний, а сами заболевания отсутствуют, т.е. их не вносят в диагноз ф.088-у (просто переписывают диагноз СПИД-центра). При повторном освидетельствовании теряются вторичные заболевания (кандидоз пищевода и др.).

3. Не всегда в ф.088-у имеются сведения о CD4 – клетках и показаниях крови о вирусной нагрузке. Поэтому трудно судить о прогрессировании заболевания.

4. Отсутствуют исследования (КТ, МРТ и т.д.) по которым при повторном освидетельствовании можно проследить динамику заболевания (чаще при неврологических заболеваниях).

5. ВИЧ-инфекция-это основное заболевание далее - все осложнения.

6. Нет консультаций узких специалистов (психиатр), а психиатрический диагноз выносится (иногда даже как основной).

Заключение

Являясь одной из самых актуальных проблем развития современного общества, заболеваемость и инвалидность вследствие оппортунистических инфекций и болезней, обусловленных ВИЧ, требуют комплексного подхода к решению этих проблем.

В нормативно-правовых актах, принятых на уровне Правительства Российской Федерации закреплены важнейшие положения по развитию этого направления [2, 44].

Функционирующая в России система надзора за ВИЧ-инфекцией дала свои положительные результаты, но в настоящее время она нуждается в оптимизации и совершенствовании, поскольку прогноз дальнейшего развития ВИЧ-инфекции не утешителен.

Литература

1. Пузин С.Н., Запарий Н.С. Заболеваемость и инвалидность населения вследствие болезней, обусловленных ВИЧ и мероприятия по их снижению. – Москва, 2012. – 264 с.
2. Национальный доклад РФ о ходе выполнения декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. – М., 2008. – 62 с.

Коршевер Н.Г., Сидельников С.А.

г. Саратов, Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Введение. Организационные аспекты межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения в последние годы приобрели особую актуальность. Анализ литературы свидетельствует о том, что оптимизация этого процесса возможна на базе оценки его успешности. При этом использование оценочных процедур в рассматриваемой проблемной области ограничивается выявлением влияния на здоровье отдельных заявок, которые осуществляются рядом секторов государства, общества [1]. Безусловно, такой методический подход перспективен и плодотворен. Однако не удалось ознакомиться с интегральным способом такой оценки, хотя это и заявляется. Кроме того, есть необходимость всесторонне оценить текущее состояние такого межсекторального взаимодействия, что позволит определять направления его оптимизации, в том числе необходимость целенаправленной реализации конкретных заявок.

Цель работы - сконструировать интегральный способ текущей оценки межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения в конкретном территориальном образовании.

Материалы и методы. Осуществлён анализ результатов анонимного опроса по специально разработанной анкете 234 врачей, проходящих усовершенствование на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава РФ по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Данные лица имели опыт организаторской работы не менее десяти лет и коэффициент компетентности (средняя величина самооценки уровня теоретических знаний, практических навыков и способности к прогнозированию в области своей профессиональной деятельности) $\geq 4,0$ баллов по привычной 5-балльной шкале [2, 51–52].

Полученные материалы были подвергнуты статистическому анализу с использованием ЭВМ.

Результаты. В работе реализованы положения теории функциональных систем, в частности, принцип изоморфизма, - рассматривалась функциональная система межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения, все стадии её функционирования (афферентный синтез, принятие решения, эфферентный синтез, обратная афферентация) и их составляющие (пусковой стимул, мотивация и т.д.).

Это позволило установить 38 информативных векторов оценки рассматриваемого процесса:

- ответственность за действия и справедливость в отношении здоровья населения;
- знание руководителями заинтересованных структур целей, задач и положений межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения;
- знание руководством заинтересованных структур и ответственными исполнителями реальных условий, в которых осуществляется межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения;
- кадровая политика в отношении межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения;
- уровень профессиональной подготовленности руководителей заинтересованных структур в области охраны здоровья населения;
- мотивация руководителей заинтересованных структур на организацию межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения;
- способность руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения;
- представление руководителей заинтересованных структур о результатах межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения;
- планирование межсекторального взаимодействия;
- **состояние здоровья населения;**

- **укрепление репродуктивного здоровья населения и рост рождаемости;**
- **обеспечение раннего развития детей (и подростков);**
- **улучшение повседневных условий жизни населения;**
- **обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности;**
- **обеспечение справедливых условий найма и достойной работы, социальных гарантий и охраны труда;**
- **обеспечение социальной защиты в течение всей жизни;**
- **обеспечение здорового рациона питания населения;**
- **обеспечение физической активности населения;**
- **борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением;**
- **обеспечение дорожно-транспортной безопасности;**
- **борьба с социально обусловленными (значимыми) заболеваниями (туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, ЗППП и др.) ;**
- **обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи;**
- **проведение иммунизации населения;**
- **поддержание благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки;**
- **пропаганда здорового образа жизни;**
- **финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех;**
- **функционирование частного сектора (рынка) и охрана здоровья населения;**
- **обеспечение гендерной справедливости;**
- **предоставление политических полномочий в разработке повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем;**
- **обеспечение общественной безопасности и правопорядка;**
- **защита населения от техногенных аварий и экстремальных явлений природы;**
- **природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности;**
- **организация работы с призывным контингентом;**
- **наличие фактических данных о состоянии здоровья населения, социальных детерминантах здоровья и способах их коррекции;**
- **осуществление медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ;**
- **научные исследования в области межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения;**
- **организация отчетности;**
- **осуществление оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.**

В данном случае использован термин «информативный вектор», так как очевидно, что часть перечисленных характеристик (выделены «жирным» шрифтом) может, в свою очередь, быть описана ещё рядом показателей – теперь уже информативных критериев. Это позволило разделить 38 сформированных информативных векторов оценки межсекторального взаимодействия на простые – их 21 (каждый представляет собой один информативный критерий) и сложные (17), состоящие из ряда информативных критериев (от 3 до 12).

Простой информативный вектор и каждый информативный критерий сложного вектора имеют градацию – высокий, средний и низкий уровни. Естественно, что конкретные вектор и критерий оцениваются отдельно и в различных единицах, поэтому с целью использования в дальнейшем формальных расчетов каждому уровню были присвоены балльные оценки (30 - высокому, 20 - среднему и 10 – низкому).

Не все векторы и критерии равнозначны с точки зрения их влияния на интегральный показатель, поэтому для каждого из них были установлены по известному методу попарных сравнений коэффициенты важности [3, 3-35].

Кроме того, векторы разделили на две группы: относительно более значимые и относительно менее значимые. Это позволило обосновать так называемые «модельные варианты» и оценить успешность межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения следующим образом:

- «отлично» - все векторы с более значимым коэффициентом важности (\geq «пограничного») получили 30 баллов, остальные не менее 20;
- «хорошо» - не менее 50% векторов с более значимым коэффициентом важности получили 30 баллов, все остальные не менее 20 баллов;
- «удовлетворительно» - более 50% векторов с более значимым коэффициентом важности получили 20 баллов, а остальные - 30 и не больше 50% векторов с менее значимым коэффициентом важности - 10 баллов);
- «неудовлетворительно» - хотя бы один из векторов с более значимым коэффициентом важности или более 50% других получили 10 баллов.

Каждый из сложных векторов оценивается аналогично (до многовекторной оценки), но путём анализа уже информативных критериев, которые в него включены. При этом интегральные оценки «отлично» и «хорошо» принимаются за высокий уровень градации данного сложного вектора, «удовлетворительно» - средний уровень и «неудовлетворительно» - низкий.

В исследовании обоснована возможность автоматизации сконструированного способа. При этом кроме выставления интегральных оценок, автоматизация позволяет поставить и решить более сложную задачу сравнения межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья в любом числе территориальных образований, а именно, расположить их в порядке убывания приоритета; выбрать заданное число лучших и худших и указать векторы и критерии, определившие ту или иную оценку.

Часть работы выполнялась программистом, для которого были сформулированы задача и условия её решения, указаны содержание, метод и

периодичность решения, состав постоянной и переменной информации, формы входной и выходной информации.

Способ открыт для дальнейшей доработки и совершенствования. Например, при изменении векторов или критериев, коэффициентов важности, совершенствовании моделей оценки и т.п.

Практическая оценка межсекторального взаимодействия достаточно проста и заключается в определении уровня каждого информативного вектора и критерия и введении данных в компьютер.

Заключение. Интегральная оценка успешности межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения возможна путём определения простых и сложных информативных векторов, их градации, коэффициентов важности и модельных вариантов. Существенным достоинством разработанного способа является то, что он позволяет провести анализ причин получения конкретной многовекторной оценки конкретным территориальным образованием, так как показывает, за счёт каких векторов или критериев она выставлена, и соответственно дать целенаправленные рекомендации по оптимизации.

Литература

1. Ison E. Health Impact Assessment Toolkit. 2005. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/101501/HIA_toolkit_1R.pdf.
2. Радаев В.А. Мнения экспертов о вузовском образовании // Социологические исследования. – 1994. – 12. – С. 51–52.
3. Анохин А.М., Глотов В.А., Павельев В.В., Черкашин А.М. Методы определения коэффициентов важности критериев. // Автоматика и телемеханика. – 1997. – 8. – С. 3-35.

РЕЗЮМЕ ДОКЛАДОВ

Междисциплинарные исследования качества жизни и методологические проблемы интегративных исследований в медицине

Interdisciplinary studies of quality of life and methodological problems of integrative research in medicine

1. ЭТНИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ КАК ПРЕДМЕТ ИНТЕРЕСА СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

Седова Н.Н., г. Волгоград

Этнические компоненты здоровья и болезни недостаточно изучены в отечественной науке. Комплементарное применение методов этносоциологии и социологии медицины позволяет обнаружить принципиально новые подходы как в этноэпидемиологии, так и в дифференциации этнически определенных культурных форм отношения к здоровью, рекомендовать оптимальные подходы к профилактике этнических болезней.

Ключевые слова: этничность, этномедицина, этноэпидемиология, социология медицины, этносоциология.

ETHNICITY AND HEALTH AS THE SUBJECT OF INTEREST OF THE SOCIOLOGY OF MEDICINE

Sedova N., Volgograd

Ethnic components of health and disease insufficiently studied in science. The complementary application of methods of ethnosociology and sociology of medicine allows to discover the new approaches in ethnoepidemiological and ethnically specific cultural forms in relation to health. It allows to recommend the optimal approaches to prevention of ethnic diseases.

Keywords: ethnicity, ethnomedicine, ethnoepidemiology, the sociology of medicine, ethnosociology.

2. К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНЫ

Прямыцин В.Н., г. Волоград

Концептуальная философия медицины в принципе возможна при условии формирования ее с помощью междисциплинарной методологии. Философию медицины можно понимать как своеобразную инновацию, которая может внутренне обновить уже сложившуюся структуру наук. Вполне допустима трактовка ее как гуманитарно-мировоззренческой, философской дисциплины. Ее можно мыслить, а впоследствии и применять, в качестве соединенного метода этико-гуманитарно-аксиологической экспертизы, которая характеризуется как морально-оценочная функция философии медицины.

Ключевые слова: концептуальная философия медицины, междисциплинарная методология, инновация, гуманитарно-мировоззренческая, философская дисциплина, гуманитарная экспертиза, морально-оценочная функция.

THE PROBLEM OF THE FORMATION OF CONCEPTUAL PHILOSOPHY OF MEDICINE

Pryamitsin V.N., Volograd

Conceptual philosophy of medicine is possible in principle taking into account its forming by means of interdisciplinary methodology. One can consider philosophy of medicine as innovation which is able to change imminently existing structure of sciences. Philosophy of medicine can be explained as humanitarian-worldoutlooking, philosophical discipline. One can think of it and use it

as combined method of ethically-humanitarian-axiological expertise which is characterized as morally-appreciative function of the philosophy of medicine.

Keywords: conceptual philosophy of medicine, interdisciplinary methodology, innovation, humanitarian-worldoutlooking discipline, humanitarian expertise, morally-appreciative function.

3. ИНТЕГРАТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хворостухина А.И., Андриянова Е.А., Еремин В.И., Орлова М.М., г. Саратов

Оценка качества жизни может рассматриваться интегральным восприятием собственной жизни в параметрах благополучия, удовлетворенности или неблагополучия и неудовлетворенности. Критериями благополучия выступают социальные и физические составляющие жизнедеятельности, рассматриваемые как с объективной, так и с субъективной точки зрения. В статье раскрыты определения понятий качества жизни и составляющих его аспектов.

Ключевые слова: качество жизни, критерии благополучия, пациенты

STUDY OF QUALITY OF LIFE IN CLINICAL PRACTICE

Khvorostukhina A.I., Andriyanova E.A., Eremin V.I., Orlova M.M., Saratov

The quality of life can be considered an integral perception of their own lives in the parameters of well-being, satisfaction or dissatisfaction and distress. Welfare criteria are social and physical aspects of life, regarded as an objective and a subjective point of view. The article reveals the definitions of quality of life and its composition aspects.

Keywords : quality of life, well-being criteria, patients

4. АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИОННОГО ПОТОКА ПО ТЕМЕ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ» В РАКУРСЕ ЭЛЕКТРОННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ

Громова Е.В., г. Саратов

Представлены результаты анализа публикационного потока по теме «паллиативная помощь» с использованием международных БД: Scopus, Web of Science, Medline, PubMed. Полученные данные полностью соответствуют динамике развития данного направления в медицине.

Ключевые слова: паллиативная помощь, электронные ресурсы, паллиативная медицина, международные публикации, публикационный анализ, реферативные базы данных, информационный поиск, публикационный анализ.

THE ANALYSIS OF THE PUBLICATIONS RELATED «PALLIATIVE CARE» WITHIN THE ELECTRONIC INFORMATION RESOURCES

Gromova E.V., Saratov

The results of the analysis of the publications related to "Palliative Care" using the international databases Scopus, Web of Science, Medline, PubMed are presented. The data obtained fully correspond to the dynamics of the development of the given field of medicine.

Keywords: palliative care, electronic resources, palliative medicine, international publication, publication analysis, abstracts database, document retrieval.

5. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Щекин Г.Ю., г. Волгоград

Турлак Т.А., Республика Беларусь, г. Витебск

Авторы представляют результаты контент-анализа Интернет-источников, информирующих о развитии медицинского туризма в России и Беларуси. Делается вывод

о преобладании выездного туризма, формулируются проблемы развития въездного медицинского туризма и предлагаются пути их решения.

Ключевые слова: медицинский туризм, клиника, пациент, туристическая фирма, контент-анализ.

SOCIOLOGICAL METHODS IN STUDYING OF MEDICAL TOURISM

Shchekin G.Yu., Volgograd

Turlak T.A., Republic of Belarus, Vitebsk

The authors present the results of a content analysis of Internet sources, informed about the development of medical tourism in Russia and Belarussia. The conclusion is made about the prevalence of outbound tourism are formulated problems of development of inbound medical tourism and the ways of their solution.

Keywords: medical tourism, the clinic, the patient, tourist firm, content analysis.

6. РОЛЬ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ В ИНТЕГРАЦИИ НОРМАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Бударин Г.Ю., г. Москва

Синтез профессиональной, юридической и этической регуляции в медицине – закономерный процесс ее функционирования как социального института. Медицинские нормы и юридические законы могут не просто не совпадать, но и входить в противоречие. Разрешение таких противоречий возможно и необходимо на основе этической регуляции. Методы разрешения противоречий может и должна разрабатывать социология медицины.

Ключевые слова: медицина, социальный контроль, право, этика, социология медицины.

THE ROLE OF THE SOCIOLOGY OF MEDICINE IN THE INTEGRATION NORMATIVE REGULATION IN MEDICINE

Budarin G.Yu., Moscow

Synthesis of professional, legal and ethical regulation in medicine is a natural process of its functioning as a social institution. Medical standards and legal laws may not be the same, but to enter into a contradiction. The resolution of these contradictions is possible and necessary on the basis of ethical regulation. Methods of resolving contradictions can and should develop sociology of medicine.

Keywords: medicine, social control, law, ethics, sociology of medicine.

7. РОЛЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шеметова Г.Н., Рябошапка А.И., Неевина И.Е., г. Саратов

В данной статье представлен анализ профилактической деятельности Центров здоровья Саратовской области. Центры здоровья играют важную роль в раннем выявлении факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и формировании здорового образа жизни. Все лица с факторами риска получили профилактическое консультирование и обучение в школах здоровья. При подготовке врачей факультета усовершенствования необходимо подробно обсуждать вопросы профилактики заболеваний.

Ключевые слова: Центр здоровья, хронические неинфекционные заболевания, факторы риска, профилактика, здоровый образ жизни.

THE ROLE OF HEALTH CENTERS IN THE INTERSECTORAL COOPERATION ON PREVENTION OF CHRONIC NON-INFECTIVE DISEASES

Shemetova G.N., Ryaboshapko A.I., Neevina I.E., Saratov

The article presents the analysis of prophylactic activities of Saratov Region Health centers. Health centers play the important role in early identification of risk factors of chronic non-infective

diseases and formation of healthy lifestyle. All persons with risk factors were prophylactic counseled and educated in Healthy persons' schools. Training doctors of the Faculties of Advanced Training it is necessary to discuss the problems of the diseases prevention in detail.

Keywords: Health center, chronic non-infective diseases, risk factors, prevention, healthy lifestyle.

8. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ – ОСНОВА УСПЕХОВ ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Барсуков В.Ю., Понукалина Е.В., Чеснокова Н.П., Селезнева Т.Д., г. Саратов

Полученные нами результаты значительно расширили современные представления о патогенезе онкологических заболеваний, легли в основу новых патогенетически обоснованных принципов диагностики опухолей различной локализации и прогнозирования их течения.

Ключевые слова: диагностики и лечения рака молочной и щитовидной желез

BASIS RESEARCHES – A BASIS OF ACHIEVEMENTS OF PRACTICAL ONCOLOGY

Barsukov V.Y., Ponukalina E.V., Chesnokova N. P., Seleznev T.D., Saratov

The results received by us considerably expanded the modern ideas of a pathogenesis of oncological diseases, were cornerstone of new pathogenetically reasonable principles of diagnostics of tumors of various localization and prediction of their current.

Keywords: diagnosis and treatment of breast and thyroid glands.

9. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СО СТУДЕНТАМИ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Белова О.Л., Белова И.М. г. Саратов

Преподаватели вуза ежедневно выстраивают взаимоотношения со студентами и студенческими коллективами. Насколько продуктивным и полезным будет общение, а в конечном счете, и качество образования, зависит от множества факторов как со стороны преподавателя, так и студента. Кроме дидактических и методических требований, существует ряд социально-психологических требований, основанных на этико-психологической основе взаимодействия ученого-педагога и студентов. В этом плане важную роль играют и индивидуально-типологические характеристики личности педагога и студента или стиль общения.

Ключевые слова: педагог, студент, стиль общения, тип личности, образование, обучение, профессиональные качества.

PEDAGOGICAL COMMUNICATION OF A TEACHER WITH STUDENTS AS A FACTOR OF EDUCATION QUALITY ENSURANCE

Belova O.L., Belova I.M., Saratov

University professors every day to build relationships with students and student groups. How productive and useful to be communication, and ultimately, the quality of education depends on many factors as part of the teacher and the student. Besides didactic and methodological requirements, there are a number of social and psychological requirements based on ethical and psychological basis of the interaction of the teacher and scholar students. In this regard, the important role played by individual-typological characteristics of the teacher and the student or communication style.

Keywords: teacher, student, communication style, education, training professional quality.

10. МЕДИЦИНСКИЙ ЦИНИЗМ И ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОГО ДОВЕРИЯ

Петров К.А., г. Волгоград

Автор исследует феномен медицинского цинизма, устанавливает связь между этим явлением и проблемой доверия к врачу со стороны пациента. Также автор намечает пути преодоления медицинского цинизма, видя их в возвращении ценности жизни человека в перспективе её конечности.

Ключевые слова: диалогизм, медицина, врач, пациент, ценность жизни, медицинский цинизм.

MEDICAL CYNICISM AND SOCIAL TRUST PROBLEM

Petrov K.A., Volgograd

The author investigates a phenomenon of medical cynicism, establishes a connection between this form of false consciousness and the problem of trust to medical profession. The author also outlines the ways of overcoming of medical cynicism, seeing them in returning of value of human life in the perspective of its finiteness.

Keywords: dialogism, medicine, the doctor, the patient, the value of life, health cynicism.

Социально психологический ракурс медицинских практик

Socio-psychological perspective of medical practices

1. КОНЦЕПЦИЯ СУБЪЕКТНО-СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ КАК ОСНОВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МОДЕЛИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Орлова М.М., г. Саратов

Самоопределение личности в ситуации болезни можно рассматривать как один из наиболее существенных факторов адаптационных механизмов. Автор рассматривает личностные трансформации в контексте социоцентрической парадигмы, что подчеркивает дефицитные отношения больных с социальным окружением.

Выделены этапы трансформации идентичности в зависимости от ситуаций болезни и формирование идентичности больного человека. Делается вывод о том, что изменение личности в ситуации болезни связано с процессом самоопределения в новых социальных ролях, что базируется на изменениях в восприятии своих физических возможностей. Полученные данные расширяют представления о внутренней картине болезни.

Ключевые слова: идентичность, самоотношение, адаптационные стратегии, социальные представления, качество жизни, здоровье, болезнь.

THE CONCEPTION OF SUBJECT-SOCIAL APPROACH TO HEALTH AND DISEASE AS THE BASIS OF PSYCHOLOGICAL COMPONENT MODEL OF PALLIATIVE CARE

Orlova M.M., Saratov

Self-determination of personality in a situation of illness may be regarded as one of the most significant factors of adaptation mechanisms. The author considers personal transformations in the context of sociocentric paradigm which emphasizes the deficiency relations of patients with social environment.

Stages of the transformation of identity depending on situations of illness and forming identity of an ill person are singled out. It is concluded that personality change in the situation of illness is connected with the process of self-determination in new social roles which is based on changes in the perception of one's own physical abilities. The data obtained broaden the idea of the inner aspect of disease.

Keywords: identity, self-estimating, adaptational strategies, social concepts, life quality, health and disease.

2. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ

Касимовская Н.А., Якушина И.И., г. Москва

Современное состояние здоровья детей остается одной из актуальных проблем системы отечественного здравоохранения. Профилактика врожденной патологии и наследственных заболеваний у будущих поколений - приоритетное направление в решении проблемы низкого уровня здоровья детского населения. Одним из важных этапов профилактики врожденной и наследственной патологии является медико-генетическое консультирование.

В практике у пациентов часто возникают психологические и эмоциональные проблемы при проведении медико-генетического консультирования, актуализируя исследования данного направления.

Ключевые слова: наследственная и врожденная патология, факторы риска, медико-генетическое консультирование, психоэмоциональное состояние, стресс.

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PREGNANT WOMEN IN MEDICAL GENETICS CONSULTATIONS

Kasimovskaya N.A., Yakushina I.I., Moscow

Current state of health of children remains one of the most urgent problems of the national health care system. Prevention of congenital diseases and hereditary diseases in future generations is a priority direction in solving the problem of the low level of health of the child population. An important step in the prevention of congenital and hereditary diseases is genetic counselling. In practice, patients often experience psychological and emotional issues for medical and genetic counselling, actualising the research in this area.

Keywords: hereditary and congenital pathology, risk factors, genetic counselling, psycho-emotional condition, stress

3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ

Летягина С.К., г. Саратов

В статье приводятся результаты эмпирического исследования психологических особенностей взаимосвязей подростковой тревожности и взаимоотношений в семье. Автор приходит к выводу, что возможность ребенка открыто действовать и выражать свои чувства, предоставление ему самостоятельности, наличие в семье ясности и определенности семейных правил и обязанностей, отсутствие страха самовыражения в школе и дома, доверительные, с высокой степенью взаимного уважения детско-родительские отношения создают благоприятные условия для формирования сбалансированного уровня подростковой тревожности.

Ключевые слова: тревога, личностная тревожность, ситуативная тревожность, детско-родительские отношения, подросток.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF TEENAGE ANXIETY AND FAMILY RELATIONSHIPS

Letyagina S.K., Saratov

This article presents the results of an empirical study of psychological features relationships teenage anxiety and family relationships. The author concludes that the ability of the child to act openly and express their feelings, giving him independence, the presence of family clarity and certainty of family rules and responsibilities, lack of fear of self-expression in school and at home, trusting, with a high degree of mutual respect for parent-child relationship creates favorable conditions for the formation of a balanced level of adolescent anxiety.

Keywords: anxiety, trait anxiety, situational anxiety, parent-child relationship, the teenager.

4. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Аленин П.Н., г. Саратов

Статья посвящена проблеме профессионализации через призму ценностных ориентацией молодежи. Опираясь на современный уровень знания в области профессионализации, автор рассматривает данный процесс как ключевую в решении проблемы кадровой политики государства, в особенности, в тех областях, где наблюдается дефицит кадров, как например, в фтизиатрии.

Ключевые слова: профессионализация, социальная адаптация, самоопределение.

PECULIARITIES OF PROFESSIONAL PREFERENCES OF TODAY'S YOUTH

Alenin P.N., Saratov

Article deals with the problem of professionalization through the prism of value orientation of young people. Based on the current level of knowledge in the field of professionalization, the author considers this process as the key to solving the problem of the personnel policy of the state, especially in those areas where there is a shortage of personnel, such as in phthisiology.

Keywords: professionalization, social adaptation, self-determination.

5. ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОДЫ СРЕДНЕЙ И ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Харитоновна Е.В., г. Краснодар

В статье представлены результаты анализа субъективного качества жизни, самоактуализации личности и их взаимосвязи в периоды средней и поздней взрослости.

Ключевые слова: субъективное качество жизни, самоактуализация, средняя взрослость, поздняя взрослость

RELATIONSHIP SUBJECTIVE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE AND SELF- ACTUALIZATION IN THE MID AND LATE ADULTHOOD

Kharitonova E.V., Krasnodar

The article presents the results of the analysis subektivnogo quality of life, and their relationship samoaktualizatsiilichnosti periods in middle and late adulthood.

Keywords: subjective quality of life, self-actualization, middle adulthood, late adulthood.

Стратегии медико-социальной работы с различными социальными группами населения

Strategies of medical and social work with various social groups

1. СОВРЕМЕННАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Кром И.Л., Еругина М.В., Новичкова И.Ю., г. Саратов

В последние десятилетия в России отмечается увеличение числа больных, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи. В статье представлены некоторые положения, определяющие современное содержание паллиативной помощи. Рассмотрены задачи, основные показания и направления паллиативной помощи. Отмечена необходимость научного осмысления междисциплинарного контекста феномена паллиативной помощи.

Ключевые слова: паллиативная помощь, больные с хроническими заболеваниями, социальный институт.

MODERN INTERPRETATION OF PALLIATIVE CARE

Krom I.L., Erugina M.V., Novichkova I.Y., Saratov

In recent decades the number of patients who need palliative care in Russia has been increased. This article presents some of the provisions, which determine the content of modern

palliative care. The problems, main indications and directions of palliative care are considered. The necessity of scientific understanding of interdisciplinary context of the phenomenon of palliative care is pointed out.

Keywords: palliative care, patients with chronic diseases, social institution.

2. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ ОПТИМИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Еругина М.В., Кром И.Л., г. Саратов

В статье представлен авторский анализ нормативных документов РФ по оказанию паллиативной помощи. Нормативно-правовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи населению позволяет, по мнению авторов, планирование и развитие в РФ указанного вида помощи. Для обеспечения доступности паллиативной медицинской помощи требуется научно-методическое обоснование и разработка единой классификации состояний, при которых показана и должна быть организована паллиативная помощь. Порядки оказания медицинской помощи должны быть приведены в соответствие с указанной классификацией.

Ключевые слова: нормативно-правовое обеспечение, паллиативная помощь, порядки оказания медицинской помощи.

THE COMPREHENSIVE ANALYSIS OF LEGAL ACTS AND THE DETERMINATION OF DIRECTIONS OF OPTIMIZATION OF PALLIATIVE CARE IN MODERN RUSSIAN

Erugina M.V., Krom I.L., Saratov

The article presents the author's analysis of legal acts of the Russian Federation on palliative care. According to the authors, normative legal ensuring of palliative care provision to the population allows to plan and develop in the Russian Federation the specified type of assistance. For ensuring of the availability of palliative care scientific and methodological basis and the working out of a unified classification of states under which the given type of assistance is required are needed. Medical assistance should be aligned with the specified classification.

Keywords: normative legal ensuring, palliative care, medical assistance.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Красникова Н.В., Шеметова Г.Н., г. Саратов

Большинство неизлечимых больных находится дома и, в подавляющем большинстве случаев, ими занимаются участковые терапевты, порой не прошедшие специальной подготовки по паллиативной терапии. Перспективным в оказании паллиативной помощи инкурабельным больным на амбулаторном участке могут стать хосписы на дому. Консультативно-патронажная помощь инкурабельным пациентам оказывается силами хосписных выездных бригад.

Ключевые слова: паллиативная помощь, инкурабельные больные, хосписные выездных бригад.

ORGANIZATION AND ISSUES PALLIATIVE CARE MEDICAL PATIENTS

Krasnikova N.V., Shemetova G.N., Saratov

Most terminally ill is at home, and in most cases, they are engaged in local therapists, sometimes not undergone specialized training in palliative care. Promising in palliative care for incurable patients at the outpatient section can become hospice at home. Advisory and assistance patronage is incurable patients by hospice outreach.

Keywords: palliative care, incurable patients, hospice outreach.

4. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ НА ПРИМЕРЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Ребров А.П., Акулова А.И., Апаркина А.В., Спицына М.Ю., Гайдукова И.З., г. Саратов

В статье показано, что часть пациентов со спондилоартритами нуждается в оказании паллиативной помощи. Авторами выполнен анализ особенностей возможной паллиативной помощи у данных пациентов.

Ключевые слова: спондилоартриты, паллиативная помощь, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, качество жизни.

PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY JOINT AND SPINE DISEASES ON EXAMPLE OF SPONDYLOARTHRITIS

Rebrov AP, Akulova AI, Aparkina AV, Spicina MY, Gaydukova IZ, Saratov

Authors of the present study evaluated that some patients with spondyloarthritis need palliative care. Was performed the analyses of the features of palliative care in the population of spondyloarthritis patients.

Keywords: spondyloarthritis, palliative care, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, quality of life.

5. ПАТРОНАЖ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ ИМ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Антонова С.И., г. Обнинск

Актуальной формой организации социально-медицинской помощи онкологическим больным является модель патронажной службы для той части лиц, избавленных от рака, которые страдают от осложнений и, прежде всего, перенесшим лучевую терапию в составе комбинированных методов лечения. Необходимо существенно увеличить качество обслуживания в проведении лечебных и реабилитационных мероприятий и проводить обучающие программы с ближайшим окружением больных по психологической поддержке.

Ключевые слова: патронаж, онкологические больные, качество социально-медицинской помощи.

PATRONAGE OF CANCER PATIENTS WHILE PROVIDING THEM WITH SOCIAL-AID

Antonova S.I. Obninsk

Actual form of the organization of social and health care for cancer patients is a model of nursing service for the part of individuals, free from cancer who suffer from complications and, above all, had undergone radiation therapy in combined treatments. Need to significantly increase the quality of service in conducting medical and rehabilitation activities and conduct training programs with the immediate environment of patients psychological support.

Keywords: nursing, cancer patients, the quality of social and health care.

6. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Молодцов Р.Н., Молодцова Е.В., Шеметова Г.Н., г. Саратов

Повышение качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией остается актуальной медико-социальной проблемой. В целях предотвращения дефектов оказания лечебно-профилактической помощи и обеспечения удовлетворенности пациента представленными медицинскими услугами осуществляется контроль качества медицинской помощи.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, экспертиза, медицинская помощь, качество.

THE ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL AID TO PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Molodtsov R.N., Molodtsova E.V., Shemetova G.N., Saratov

Improvement of quality of a medical care with arterial hypertension remains to patients an actual medico-social problem. For prevention of defects of rendering the treatment-and-prophylactic help and ensuring satisfaction of the patient with the presented medical services quality control of a medical care is exercised.

Keywords: arterial hypertension, examination, medical care, quality.

7. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ АДАПТАЦИИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К СИТУАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В., г. Саратов

На основании анализа результатов эмпирического исследования, выявлены основные медико-социальные факторы, детерминирующие адаптацию к ситуации профессионального заболевания сельского населения: пол, возраст, стаж работы по специальности, длительность профессионального заболевания с момента его установления, процент утраты профессиональной трудоспособности и группа инвалидности.

Ключевые слова: сельское население, профессиональное заболевание, адаптация, медико-социальные факторы.

MEDICAL AND SOCIAL FACTORS OF ADAPTATION TO INDUSTRIAL DISEASES AMONG RURAL POPULATION

E.A. Andriyanova, E.V. Chernyshkova, Saratov

The results of empirical research are represented in the article. The basic medical and social factors, determining adaptation of rural population to the industrial diseases are revealed. These include sex, age, work experience in specialty, duration of industrial disease from the moment it has been diagnosed, degree of professional disability.

Keywords: rural population, industrial diseases, adaptation, medical and social factors.

8. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ГРАЖДАНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Эртель Л.А., г. Краснодар

В статье рассматриваются проблемы пожилого возраста, связанные с неустойчивым материальным положением, снижением статуса здоровья, одиночеством. Анализируется проводимая государственная политика в отношении населения старших возрастных групп. Проводится обзор нормативно-правовых актов, регламентирующих социальную работу с пожилыми гражданами. Обсуждаются проблемы, связанные с реализацией медико-социальной помощи пожилым и рассматриваются мероприятия по её усовершенствованию.

Ключевые слова: пожилые граждане, социальная политика, социальная защита, социальное обслуживание, социальная помощь, медико-социальная помощь.

MEDICO-SOCIAL HELP TO CITIZENS OF ADVANCED AGE: PROBLEMS AND PROSPECTS

Ertel L.A., Krasnodar

In article the problems of advanced age connected with unstable financial position, decrease in the status of health, are considered by loneliness. The pursued state policy concerning the population of the senior age groups is analyzed. The review of the normative legal acts regulating social work with elderly citizens is carried out. The problems connected with realization of the medico-social help elderly and are discussed actions for its improvement are considered.

Keywords: elderly citizens, social policy, social protection, social service, social help, medico-social help.

9. ПРЕДИКТОРЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ильина Т.Н., Кром И.Л., Новичкова И.Ю., г. Саратов

В статье обсуждаются результаты междисциплинарных исследований ресоциализации лиц в ситуации болезни, предикторов инвалидности при болезнях системы кровообращения. Инвалидность рассматривается как способ ресоциализации, возникающий при невозможности субъекта эффективно реагировать на изменение социальной среды, как отклонение от стандартов возрастной социализации из-за нарушений освоения возрастных статусов.

Ключевые слова: инвалидность, ресоциализация, болезни системы кровообращения.

THE RESOCIALIZATION PREDICTORS OF PEOPLE WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Krom I.L., Novichkova I.U., Ilyina T.N., Saratov

The results of interdisciplinary researches of people resocialization in illness situation, disability predictors at people with cardiovascular diseases are discussed in this article. Disability is considered as the way of resocialization that occurs at impossibility of the subject to respond effectively to social environment changes, as a deviation from age socialization standards because of development violations of age statuses.

Key words: disability, resocialization, cardiovascular diseases.

10. СТРАТЕГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю., Балева Е.С., г. Саратов

Ишемическая болезнь сердца занимает ведущее место в структуре хронических неинфекционных заболеваний. Медико-социальная реабилитация больных ишемической болезнью сердца предполагает коррекцию нарушений показателей качества жизни, релевантного здоровью больных ишемической болезнью сердца. Установленная в ходе исследования статистическая зависимость показателей качества жизни от болезни и эффективности социализации субъекта позволяет объективизировать разработку стратегий медико-социальной реабилитации данной категории больных. Исследования, выполненные авторами в Центре медико-социологических исследований г. Саратова, доказывают возможность объективизации медико-социальной реабилитации больных ишемической болезнью сердца на мезо- и микроуровнях.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, медико-социальная реабилитация, качество жизни.

STRATEGIES OF MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION OF CORONARY HEART DISEASE PATIENTS

Krom I.L., Erugina M.V., Sazanova G.Yu., Baleva E.S., Saratov

Coronary heart disease is a leader in the structure of chronic noninfectious diseases. Medico-social rehabilitation of patients with coronary heart disease presuppose correction of violations of quality of life indexes, relevant to health

of coronary heart disease patients. The statistical dependence of quality of life indexes from the disease and the effectiveness of subject socialization installed during the study allows to objectify the development of strategies of medical and social rehabilitation of these patients. Studies carried out by the authors of the article at the Center of Medical -Sociological Research (Saratov) prove the possibility of objectification of medical and social rehabilitation of patients with coronary heart disease at the meso- and microlevels.

Keywords: coronary heart disease, medical and social rehabilitation, quality of life

**Междисциплинарный анализ
приоритетных направлений развития здравоохранения
в современной России**

**Interdisciplinary analysis of the priority directions
of health development in modern Russia**

1. СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ

Басова А.В., Г. Саратов

Статья посвящена изучению стигмы и дискриминации ВИЧ–инфицированных в современном обществе.

Ключевые слова: стигма, дискриминация.

STIGMA AND DISCRIMINATION OF HIV-INFECTED

Basova A.V., Saratov

The article is devoted to the study of stigma and discrimination of HIV-infected in modern society.

Keywords: stigma and discrimination.

2. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОПЕКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Замятина И.И., Поплавская О.В., г. Волгоград

В последние годы широко развивается сеть частных медицинских организаций. В том числе некоторые из них получают лицензию на оказание психиатрической помощи и проведение медицинских осмотров. В этих случаях, гражданин однократно на несколько минут попадает в поле зрения психиатра, например, для решения вопроса о профпригодности. При этом у врача частной клиники отсутствуют достоверные сведения об анамнезе (только со слов обратившегося) и нет информации об обращениях и (или) наблюдении в психоневрологическом диспансере. В статье предлагается метод типологизации пациентов, обращающихся в психоневрологический диспансер на основе экспликации медико-социальных характеристик.

Ключевые слова: пациент, психоневрологический диспансер, анкетирование, типология пациентов.

**MEDICAL AND SOCIAL METHODS OF CARE AND TREATMENT
IMPROVEMENT OF INCAPABLE PATIENTS**

Zamyatina I.I., Poplavskaya O.V, Volgograd

In recent years, the number of private healthcare organizations has been increased. They get licensed to provide psychiatric healthcare and medical examination. It means a citizen can be observed by a psychiatrist for some minutes, for example for competence assurance. The anamnesis in this case is only based on patient's oral information, as the doctor doesn't have reports about previous psychiatric services done to a person. This article provides the method of typology, based on explication of medical and social characteristics of patients visiting psychoneurological dispensary.

Keywords: patient, psychoneurological dispensary, questionnaire, patient's typology.

3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Молодцова Е.В., Шеметова Г.Н., г. Саратов

Патология суставов и, в частности, остеоартроз (ОА) стоит в ряду наиболее значимых медико-социальных проблем. Значимость патологии обусловлена широкой

распространенностью, прогрессирующим ростом, значительными экономическими потерями в связи с временной нетрудоспособностью, а также большими расходами, связанными с лечением и реабилитацией этих больных.

Ключевые слова: остеоартроз, железнодорожное здравоохранение, заболеваемость.

MEDICAL AND SOCIAL CONSEQUENCES OF OSTEOARTHRITIS WITH THE RAILWAY WORKERS AND THE WAYS TO OVERCOME IT

Molodtsova E.V., Shemetova G.N., Saratov

Pathology of joints and, in particular, osteoarthritis (OA) costs among the most significant medico-social problems. The importance of pathology is caused by the prevalence, the progressing body height, appreciable economic losses in connection with a temporary invalidity, and also the heavy expenses bound to treatment and aftertreatment of these patients.

Keywords: osteoarthritis, railway health care, case rate.

4. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТЕАСОМ

Маркина Л.Ю., Плакина М.И., г. Саратов

Одним из основных направлений в терапии пациентов с множественной миеломой является применение различных программ химиотерапии с использованием бортезомиба. Проведенные клинические испытания доказали эффективность данного препарата. Велкейд-ассоциированная полинейропатия является одной из основных проблем современной терапии ингибиторами протеасом. Наша цель помочь пациентам избежать данного осложнения и улучшить качество жизни.

Ключевые слова: множественная миелома, бортезомиб, периферическая полинейропатия.

MODERN METHODS OF TREATMENT OF TOXIC POLYNEUROPATHY DURING TREATMENT WITH PROTEASOME INHIBITORS

Markina L.Yu., Plakina M.I., Saratov

One of the main directions in the treatment of patients with multiple myeloma is the use of different programs of chemotherapy with the use of bortezomib . Clinical trials have proven the effectiveness of this drug. Of Velcade due to neuropathy is one of the main problems of modern therapy proteasome inhibitors Our goal is to help avoid patients to avoid such complications, and improve the quality of life .

Keywords: multiple myeloma, bortezomib, neuropathy.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Юрова И.Ю., г. Саратов

В статье представлен анализ вопросов, связанных с организацией медицинской помощи сельскому населению в России. На основании результатов отечественных исследований выявлен ряд факторов, влияющих на состояние здоровья сельского населения и пути их оптимизации в рамках реализуемого приоритетного национального проекта. Отмечены особенности организации медицинской помощи на селе и их взаимосвязь с формированием здравоохранной стратегии, направленной на создание социальных условий для гармоничного развития каждого человека.

Ключевые слова: сельское население, организация медицинской помощи, здоровьесбережение.

THE ARRANGEMENT OF MEDICAL AID TO THE RURAL POPULATION: NEW CHALLENGES AND PERSPECTIVES

Yurova I.Yu., Saratov

The article deals with the analysis of organization of medical aid to rural population in Russia. The research findings have shown that several factors influence the health of people in rural

areas. It has been noted that organization of medical aid to rural population has got certain peculiarities in comparison with the urban one. Health keeping strategy is thought to be of great importance in raising the health level of rural population and in fighting social and physical illnesses in rural areas.

Keywords: rural population, organization of medical aid, health keeping strategy.

6. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Потапова О.Н., г. Саратов

Депопуляция в России связана с ухудшением здоровья населения. Социальная обусловленность здоровья приводит к росту показателей смертности среди населения и уменьшению продолжительности жизни.

Ключевые слова: здоровье населения, депопуляция, смертность, продолжительность жизни.

MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF HEALTH POPULATION OF RUSSIA

Potapova O.N.

Depopulation in Russia is connected with deterioration of health of the population. Social conditionality of health leads to growth of indicators of mortality among the population and to life expectancy reduction.

Keywords: population health, depopulation, mortality, life expectancy.

7. ПРЕДИКТОРЫ ДЕПРЕССИВНЫХ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кром В.Л., г. Саратов

У больных, страдающих позвоночно-спинномозговой травмой более 1 месяца, выявляются психические нарушения в виде депрессивных и обсессивно-фобических нарушений невротического уровня.

Оптимальным комплексом для лечения депрессивной симптоматики является сочетание ципролекса с тиориодазином, обсессивно-фобической – алпразолама с кlorазепактом и алимемазимом.

Прослеживается прямая зависимость глубины психических расстройств от длительности основного заболевания, преморбидных особенностей личности: чем длительнее основное заболевание и наличие личностных особенностей, тем более выражены психические изменения и длительнее должно быть лечение.

Ключевые слова: психические нарушения, травма позвоночника, психофармакотерапия.

THE PREDICTORS OF DEPRESSION AND OBSESSIVE-PHOBIC DISORDERS IN PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

Krom V.L., Saratov

In patients suffering from spinal injury more than 1 month, identified mental disorders as depression and obsessive – phobic disorders neurotic level. Optimal complex for the treatment of depressive symptoms is a combination tsiproleksa tioriodazinom with obsessive-phobic – alprazolam with klorazepaktom and alimemazimom. There is a direct dependence of the depth of mental disorders on the duration of the underlying disease, premorbid personality traits: the longer the underlying disease and the availability of personal characteristics, the more pronounced and longer lasting mental changes should be treated.

Keywords: identified mental, spinal injury, psychopharmacology.

8. ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИММУНОЗАВИСИМЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ

Еремина М.Г., г. Саратов

В статье приведены результаты медико-социологического исследования, направленного на выявление типологически определённых черт сходства и различий пациентов трудоспособного возраста с иммунозависимыми дерматозами. Оценка социального положения, условий жизни и быта, профессиональной деятельности, характеристика отдельных компонентов образа жизни, удовлетворенность различными жизненными аспектами, материальным положением и уровнем благосостояния дает представление о модели поведения пациента и его приверженности к терапии.

Ключевые слова: иммунозависимые дерматозы, атопический дерматит, псориаз, приверженность к терапии

THE INFLUENCE OF MEDICAL-SOCIAL FACTORS TO THE STATE OF HEALTH OF POPULATION OF WORKING AGE WITH IMMUNE-DEPENDANT DERMATATOSES AND THEIR ADHERENCE TO THERAPY

Eremina M.G. Saratov

The results of medical and sociological research aimed at identifying certain typological similarities and differences of working age patients with immune-dermatoses. Score social status, living conditions and life, professional activities, characteristics of individual components lifestyle, satisfaction with various aspects of life, financial situation and the level of welfare model provides insight into the behavior of the patient and his adherence to therapy.

Keywords: immunoddependent dermatoses, atopic dermatitis, psoriasis, adherence to therapy.

9. АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ СТАНДАРТОВ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРВИЧНОЙ (ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ) ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сазанова Г.Ю., Раздевилова О.П., г. Саратов

Проведен анализ выполнения диагностического, лечебного и медикаментозного компонентов стандарта стационарной медицинской помощи больным с первичной (эссенциальной) гипертензией на разных уровнях ее оказания. На всех уровнях оказания медицинской помощи отмечается несоблюдение рекомендованной стандартом кратности выполнения диагностических, лечебных процедур больным артериальной гипертензией, а также нерациональное использование лабораторных, инструментальных и лекарственных ресурсов здравоохранения

Ключевые слова: медицинская помощь, стандарт, артериальная гипертензия.

THE ANALYSIS OF PERFORMANCE STANDARDS INPATIENT MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH PRIMARY (ESSENTIAL) HYPERTENSION

Sazanova G.Yu., Razdevilova O.P., Saratov

The analysis of performance standard's diagnostic, medical and medicamentous components of stationary medical care by the patient with primary (essential) hypertension at different levels of its rendering is carried out. At all levels of health care subject of non-recommended standard multiplicity perform diagnostic, therapeutic treatments to patients with stable angina and hypertension, as well as inefficient use of laboratory tools and medical health care resources At all levels of health care subject of non-recommended standard multiplicity perform diagnostic, therapeutic treatments to patients with hypertension, as well as inefficient use of laboratory tools and medical health care resources.

Keywords: medical care, standard, hypertension

10. ПЕРВИЧНЫЙ ВЫХОД НА ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2004–2013 ГОДЫ

Сазанова Г.Ю., Пархоменко А.А., Власова М.В., г. Саратов

Проведен анализ динамики первичного выхода на инвалидность взрослого населения Саратовской области. Выявлены высокие показатели инвалидизации населения по причине

заболеваний системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, что говорит о низком уровне профилактической работы при оказании первичной медико-санитарной помощи и необходимости оптимизации ее организации.

Ключевые слова – инвалидность, органы кровообращения, злокачественные новообразования

PRIMARY EXIT TO DISABILITY OF SARATOV REGION'S ADULT POPULATION DURING 2004–2013

Sazanova G.Yu., Parchomenko A.A., Vlasova M.V., Saratov

The analysis of dynamics of primary exit to disability of adult population of the Saratov region is carried out. High rates of an invalidization of the population because of diseases of system of blood circulation are revealed by malignant new growths that tell about low level of scheduled maintenance when rendering primary medical and sanitary help and need of optimization it to the organization.

Keywords: disability, blood circulation bodies, malignant new growths.

11. ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Сазанова Г.Ю., Абызова Н.В., г. Саратов

С целью выявления проблем качества оказания медицинской помощи нами был проведен анализ выполнения стандартов оказания медицинской помощи больным стабильной стенокардией на разных уровнях ее оказания, а также анкетирование специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи этой группе пациентов и руководителей медицинских организаций. Оценка степени выполнения компонентов стандарта проводилась путем определения процента фактического применения параметров от рекомендованной в стандарте кратности по данным первичной медицинской документации. В работе применялись методы контент-анализа, аналитический, статистический. Выявленные дефекты при оказании стационарной медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией свидетельствуют о необходимости более углубленного исследования целесообразности применения рекомендованного стандартом объема медицинской помощи при данной патологии на разных уровнях оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь, стандарт, стабильная стенокардия.

THE PROBLEMS OF QUALITY OF RENDERING MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH THE DIAGNOSIS OF STABLE STENOCARDIA TODAY

Sazanova G.Yu., Aбызова N.V., Saratov

We analyzed the implementation of standards of medical care to patients with stable stenocardia at different levels of its rendering, as well as a survey of professionals involved in the care of this group of patients and managers of health organizations in order to identify issues of medical care quality. Evaluation of the degree of how standard has been fulfilled was done through the definition of the percentage of factual application of diagnostic methods which are recommended by the standard of frequency according to primary medical card. The methods used in the research are content analysis, analytical and statistical. The defined defects substantiate the necessity of the study of purpose fullness of separate parameters of standard application at different levels of medical aid.

Keywords: medical aid, standard, stable stenocardia.

12. АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТРЫВА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

Панкратова Л.Э., Казимирова Н.Е., Волчкова И.Л., Тугушева Г.Ю., г. Саратов

Одной из причин неудовлетворительной эффективности лечения туберкулеза является низкая приверженность больных к терапии и высокая частота отрывов от лечения. Проанализированы основные причины отрывов у больных туберкулезом. Установлено, что к преждевременному прекращению лечения больше склонны мужчины, больные с

распространенными туберкулезными процессами, с психопатическим складом личности, социально-дезадаптированные лица и ВИЧ-инфицированные пациенты.

Ключевые слова: туберкулез, лечение, эффективность, отрывы, ВИЧ-инфекция.

THE ANALYSIS OF THE REASONS OF THE SEPARATION SICK OF THE TUBERCULOSIS FROM TREATMENT

Pankratova L.E., Kazimirova N.E., Volchkova I.L., Tugusheva G. JU, Saratov

One of the reasons of non satisfactory efficiency of treatment of a tuberculosis is low adherence of patients to therapy and high frequency of separations from treatment. Principal causes of separations at sick of a tuberculosis are analysed. It is established, that the men sick with widespread tubercular processes are more inclined to the premature termination of treatment, with a psychopathic warehouse of the person, socially non adapted and a HIV-infected patients.

Keywords: tuberculosis, treatment, efficiency, HIV-infected.

13. ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Балашова М.Е., Шеметова Г.Н., Шишкина М.С., г. Саратов

Представлен интегрированный подход к проблеме формирования здорового образа жизни, который основан на взаимодействии законодательных, медицинских, социальных и образовательных структур. Профилактическое консультирование является одним из основных направлений в формировании здорового образа жизни. Консультирование проводится среди разных групп населения, здоровых, лиц с повышенным риском возникновения заболевания и пациентов с острой и хронической патологией.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, профилактическое консультирование, факторы риска.

INTEGRATED APPROACH TO THE FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLES AND PREVENTION COUNSELING AT THE OUTPATIENT POLYCLINIC STAGE

Balashova M.E., Shemetova G.N., Shishkina M.S., Saratov

Presents an integrated approach to the problem of formation of a healthy lifestyles based on the interaction of the legislative, medical, social and educational structures. Preventive counselling is one of the main directions in formation of a healthy lifestyle. Counseling is held among different groups of population, healthy individuals with increased risk of disease and patients with acute and chronic pathology

Keywords: healthy lifestyle, prevention counselling, risk factors.

14. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шигаев Н.Н., Гроздова Т.Ю., г. Саратов

Современный подход к управлению качеством медицинской помощи включает в себя соблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций на основе создания так называемых клинических протоколов. Данное исследование проводилось в дневных стационарах Саратовской областной детской клинической больницы в течение 2011-2013 годов по данным медицинской документации. Показано, что наиболее важными мероприятиями для улучшения качества медицинской помощи являются контроль за оформлением медицинской документации, преемственность в оказании медицинской помощи, жесткий контроль за лечебным процессом в соответствии со стандартами.

Ключевые слова: управление качеством, медицинская помощь, клинический протокол, дневной стационар, лечебный процесс.

SOME PECULIARITIES OF MODERN APPROACH TO QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL AID

Shigaev N.N., Grozdova T.Yu., Saratov

Modern approach to quality management of medical aid includes observance of standards and orders of medical aid providing and clinical recommendations on the basis of so-called clinical statements. The current research was conducted in day-time hospitals of Saratov Regional Child's Clinical Hospital during 2011-2013 years according to data of medical documentation. It was shown that most important arrangements for improvement of medical aid quality are monitoring on drawing up of medical documentation, continuity of medical aid providing, tough checkup on treatment process according to standards.

Keywords: quality management, medical aid, clinical statement, day-time hospital, treatment process.

15. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Епихина Т.П., г. Тольятти

Пандемия инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) является крупнейшим событием в истории человечества конца XX века. В настоящее время ВИЧ-инфекция продолжает наступать, поражая новые страны и континенты. В ряде регионов России (в том числе и в Самарской области) показатель зарегистрированных людей с ВИЧ-инфекцией составляет 1,5% от общего населения.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, медико-социальная экспертиза, реабилитация.

MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE AND REHABILITATION HIV-INFECTION

T.P. Epikhina, Tolyatti

Pandemic infection caused by the human immunodeficiency virus (HIV) is the largest event in human history of the late twentieth century. Currently, HIV continues to advance, striking new countries and continents. In some regions of Russia (including in the Samara region) index registered people with HIV infection is 1.5% of the total population.

Keywords: HIV infection, medical-social expertise, rehabilitation.

16. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Коршевер Н.Г., Сидельников С.А., г. Саратов

Интегральная оценка успешности межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения возможна путём определения простых и сложных информативных векторов, их градации, коэффициентов важности и модельных вариантов. Разработан способ, позволяющий провести анализ причин получения конкретной многовекторной оценки конкретным территориальным образованием, который показывает, за счёт каких векторов или критериев она выставлена, и соответственно даёт целенаправленные рекомендации по оптимизации.

Ключевые слова: здоровье, население, межсекторальный, вектор, критерий.

INTERGRATED APPROACH TO INTERSECTORIAL COOPERATION IN THE QUESTIONS OF HEALTH PROTECTION OF POPULATION

Korshever NG, Sidelnikov SA, Saratov

Intergrated approach to the successful intersectorial cooperation in the questions of health protection of population is possible by means of the determination of easy and complex informative vectors, their gradation, coefficients of importance and model variants. The worked out method of analysis is aimed at the receiving of concrete multifactorial evaluation of territorial education. Therefore it determines the criteria and the recommendations on optimization.

Keywords: health, population, intersectorial, vector, criterion.

СОДЕРЖАНИЕ

Междисциплинарные исследования качества жизни и методологические проблемы интегративных исследований в медицине

Седова Н.Н., г. Волгоград

ЭТНИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ КАК ПРЕДМЕТ ИНТЕРЕСА СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ.....3

Прямыцин В.Н., г. Волгоград

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНЫ.....7

Чеснокова Н.П., Моррисон В.В., Афанасьева Г.А., Понукалина Е.В., ПолUTOва Н.В., г. Саратов
ОПЫТ МНОГОЛЕТНЕЙ КООРДИНАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАТОФИЗИОЛОГОВ САРАТОВА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ.....9

Чеснокова Н.П., Понукалина Е.В., Глухова Т.Н., Сергеева О.Н., г. Саратов
СОВМЕСТНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И ПАТОФИЗИОЛОГОВ САРАТОВА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА.....13

Хворостухина А.И., Андриянова Е.А., Еремин В.И., Орлова М.М., г. Саратов
ИНТЕГРАТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....15

Мансур Ю.П., г. Волгоград

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ВЗРОСЛЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....19**

Громова Е.В., г. Саратов

АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИОННОГО ПОТОКА ПО ТЕМЕ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ» В РАКУРСЕ ЭЛЕКТРОННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ.....23

Щекин Г.Ю., г. Волгоград

Турлак Т.А., Республика Беларусь, г. Витебск

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА.....26

Бударин Г.Ю., г. Москва

РОЛЬ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ В ИНТЕГРАЦИИ НОРМАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНЕ.....30

Шеметова Г.Н., Рябошапка А.И., Неевина И.Е., г. Саратов

РОЛЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....33

Барсуков В.Ю., Понукалина Е.В., Чеснокова Н.П., Селезнева Т.Д., г. Саратов

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ – ОСНОВА УСПЕХОВ ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ.....37

Белова О.Л., Белова И.М., г. Саратов

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СО СТУДЕНТАМИ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ.....40

Петров К.А., г. Волгоград

МЕДИЦИНСКИЙ ЦИНИЗМ И ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОГО ДОВЕРИЯ.....48

Социально психологический ракурс медицинских практик

Орлова М.М., г. Саратов

КОНЦЕПЦИЯ СУБЪЕКТНО-СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ КАК ОСНОВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МОДЕЛИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....51

Касимовская Н.А., Якушина И.И., г. Москва

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ.....58

Летягина С.К., г. Саратов

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ.....61

Аленин П.Н., г. Саратов

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ.....68

Харитоновна Е.В., г. Краснодар

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОДЫ СРЕДНЕЙ И ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ.....72

**Стратегии медико-социальной работы
с различными социальными группами населения**

- Кром И.Л., Еругина М.В., Новичкова И.Ю., г. Саратов
СОВРЕМЕННАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....78
- Еругина М.В., Кром И.Л., г. Саратов
**КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ
НАПРАВЛЕНИЙ ОПТИМИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В
СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ.....82**
- Красникова Н.В., Шеметова Г.Н., г. Саратов
**ОРГАНИЗАЦИЯ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....87**
- Ребров А.П., Акулова А.И., Апаркина А.В, Спицына М.Ю., Гайдукова И.З., г. Саратов
**ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ НА ПРИМЕРЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ.....90**
- Антонова С.И., г. Обнинск
**ПАТРОНАЖ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ ИМ
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....95**
- Молодцов Р.Н., Молодцова Е.В., Шеметова Г.Н., г. Саратов
**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....98**
- Андрянова Е.А., Чернышкова Е.В., г. Саратов
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ АДАПТАЦИИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К
СИТУАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....104**
- Эртель Л.А., г. Краснодар
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ГРАЖДАНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....112**
- Кром И.Л., Новичкова И.Ю., Ильина Т.Н., г. Саратов
**ПРЕДИКТОРЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ.....124**
- Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю., Балева Е.С., г. Саратов
**СТРАТЕГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....129**

**Междисциплинарный анализ приоритетных направлений развития
здравоохранения в современной России**

Басова А.В., Г. Саратов

СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....132

Замятина И.И., Поплавская О.В., г. Волгоград

**МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОПЕКИ И ЛЕЧЕНИЯ
НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ПАЦИЕНТОВ.....135**

Молодцова Е.В., Шеметова Г.Н., г. Саратов

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У РАБОТНИКОВ
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ.....139**

Маркина Л.Ю, Плакина М.И., г. Саратов

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НА
ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТЕАСОМ.....143**

Юрова И.Ю., г. Саратов

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ:
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....146**

Потапова О.Н., г. Саратов

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ.....150

Кром В.Л., г. Саратов

**ПРЕДИКТОРЫ ДЕПРЕССИВНЫХ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....154**

Еремина М.Г., г. Саратов

**ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ
ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИММУНОЗАВИСИМЫМИ
ДЕРМАТОЗАМИ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ.....157**

Сазанова Г.Ю., Раздевилова О.П., г. Саратов

**АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ СТАНДАРТОВ
СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРВИЧНОЙ
(ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ) ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....166**

Сазанова Г.Ю., Пархоменко А.А., Власова М.В., г. Саратов

**ПЕРВИЧНЫЙ ВЫХОД НА ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2004–2013 ГОДЫ.....169**

Сазанова Г.Ю., Абызова Н.В., г. Саратов	
ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	172
Панкратова Л.Э., Казимирова Н.Е., Волчкова И.Л., Тугушева Г.Ю., г. Саратов	
АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТРЫВА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТ ЛЕЧЕНИЯ.....	174
Балашова М.Е., Шеметова Г.Н., Шишкина М.С., г. Саратов	
ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ.....	178
Шигаев Н.Н., Гроздова Т.Ю., г. Саратов	
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	181
Епихина Т.П., г. Тольятти	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	188
Коршевер Н.Г., Сидельников С.А., г. Саратов	
ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	192

Научное издание

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции

15–16 мая 2014

Саратов

Подписано в печать 28.11.2011. Формат 60x84 1/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Печать трафаретная.
Усл. печ. л. 12,55. Тираж 100 экз. Заказ 0196

ООО «Издательский Центр “Наука”»
410600, г. Саратов, ул. Пугачевская, 117, к. 50

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии
ИП «Экспресс-тиражирование»
410005, г. Саратов, ул. Пугачевская, 161, офис 320. (8452) 27-26-93