

Таким образом, мы попытались доказать, что для повышения эффективности мер в борьбе с туберкулезом одни лишь капитальные затраты государства не означают гарантированного успеха в преодолении социально значимой болезни. Для этого необходим комплексный подход МСР в решении всех значимых проблем пациента, связанных с туберкулезом.

Безусловно, успешная реализация данной модели МСР возможна в законодательно утвержденных и скоординированных формах и методах проведения, а также осуществления над ними жесткого государственного контроля. Кроме того, для преемственности работы специалистов МСР с социально дезадаптированными клиентами требуется доработка законодательной базы и выполнение государством всех своих социальных гарантий.

Библиографический список

1. Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2009-2010 гг.: Сб. М. 2011 [Электронный ресурс]. <http://www.mednet.ru>.
2. *Трифанова Н.Ю.* Исследование медико-организационных проблем распространенности туберкулеза в современных условиях крупного мегаполиса: Автореф. ... докт. мед. наук. М., 2011 г.
3. Яблонский П.К. Современное состояние и основные направления модернизации фтизиатрической службы. <http://www.tbpolicy.ru>.
4. Resolution WHA 44.8/2004. <http://www.who.int>.

О.А.Бернатович

РОЛЬ ШКОЛ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

Хронический панкреатит (ХП) – это группа хронических заболеваний поджелудочной железы, преимущественно воспалительной природы, характеризующихся необратимыми фазово-прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными, деструктивными изменениями в структуре органа, которые являются причиной рецидивирующего болевого синдрома и/или постепенного снижения экзокринной и эндокринной функции поджелудочной железы.

Во всем мире за последние 30 лет отмечено более чем двукратное увеличение заболеваемости ХП. За последние 10 лет в России уровень заболеваемости среди лиц молодого возраста вырос в 4 раза. Данная тенденция может быть объяснена, во-первых, ростом употребления алкоголя, а во-вторых, нерациональным несбалансированным питанием. Высока частота желчнокаменной болезни, которая является основной причиной билиарного панкреатита. В целом, распространенность этой патологии у взрослых составляет 27,5-50 случаев на 100 тыс. населения. Хронический панкреатит в последнее десятилетие заметно «помолодел»: средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 лет до 39 лет, причем среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин.

Заболевание ХП характеризуется длительным, рецидивирующим течением, крайне негативно влияющим на качество жизни пациентов и приводящим к частичной или полной утрате трудоспособности. Согласно статистическим данным, ранние осложнения ХП развиваются в 30% случаев, а поздние – в 70-85%; 20-летний анамнез ХП повышает риск развития рака поджелудочной железы в 5 раз. В течение 10 лет от ХП умирают 25-30% больных, 20 лет – более 50%. Первичная инвалидизация больных достигает 15%. Прогрессирующее течение заболевания ведет к значительному нарушению качества жизни и социального статуса пациента трудоспособного возраста [1; 3].

Разработанные методы лечения ХП в реальной клинической практике не всегда позволяют достичь стойкой ремиссии заболевания. Одной из основных причин расхождения данных клинических исследований и реальной практики является недостаточная приверженность больных выполнению рекомендаций врача. Приверженность складывается, по крайней мере, из двух компонентов – настойчивости (то есть длительности приема назначенной терапии или соблюдения диетических рекомендаций) и правильности выполнения рекомендаций (так называемого комплаенса). Комплаенс представляет собой поведение больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения немедицинских процедур, следование диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни [2].

Несоблюдение назначений врача приводит к серьезным медицинским последствиям. Во-первых, нарушение режима терапии суще-

ственно снижает эффективность лечения. Если пациент не выполняет назначения врача, то состояние пациента в лучшем случае не меняется, а в худшем – болезнь продолжает прогрессировать. Во-вторых, если пациент недооценивает важность соблюдения медицинских рекомендаций, недостаточная эффективность терапии вызывает недоверие к профессионализму врача и дискредитируют в глазах пациента современную медицину и систему медицинской помощи. Повышение уровня приверженности пациентов – актуальная проблема, решение которой позволяет увеличить эффективность лечения и снизить расходы здравоохранения.

Цель исследования – анализ информированности пациентов с хроническим панкреатитом о своем заболевании и анализ приверженности пациентов выполнению рекомендаций врача.

Были поставлены следующие задачи:

1. Оценить уровень знаний пациентов с хроническим панкреатитом о своем заболевании и профилактике обострений;
2. Оценить приверженность пациентов выполнению рекомендаций врача;
3. Определить необходимость организации школ для пациентов.

В исследование на основании добровольного согласия включены 38 пациентов с ХП гастроэнтерологического отделения МУ ЦГКБ № 6 в течение 2009 г. Была составлена анкета, включающая возраст-половые особенности, длительность заболевания, особенности лечения и профилактики.

Средний возраст пациентов составляет 59,4 года (от 20 до 81 года). Среди опрошенных преобладают женщины – 81,6%. Отмечен достаточный образовательный уровень респондентов: 21% имеют высшее образование, 52,7% – среднее специальное. Данный фактор предполагает заинтересованность в сохранении собственного здоровья.

Среди опрошенных преобладают пациенты с длительностью заболевания 5-10 лет (15,8%) и свыше 10 лет (58%). Количество обострений варьировалось от 1 до 5 раз в год: 2 раза – у 26,3%, 3 раза – 23,7% и 4-5 раз – у 31,6%. Однако в случае обострения к врачу обращались лишь 42% опрошенных, остальные лечились самостоятельно. Основными симптомами, заставляющими пациента обратиться в лечебное учреждение, были боль (95%), тошнота (42%), нарушение стула (запор – 52,7% и диарея – 37%).

Одной из причин несоблюдения рекомендаций врача – непонимание причин заболеваний и важности соблюдения данных рекомендаций. При оценке информированности пациентов с ХП о своем заболевании выяснилось, что 13% пациентов не имели полной информации о заболевании и 63% – владели информацией, но ее было не достаточно. Источником информации медработники были только в 40% случаев, в остальных случаях это были средства массовой информации (18,4%), популярная медицинская литература (26,3%), друзья, родственники (23,7%) и другие больные (13%).

При хроническом заболевании медицинские рекомендации долгосрочны и успех лечения достигается только при длительной терапии. Поэтому от больного требуется большое упорство в правильном выполнении рекомендаций. Только 34% опрошенных пациентов выполняли рекомендации врача после выписки из стационара, 53% принимали медикаменты только при плохом самочувствии. В профилактике рецидивов ХП большую роль играет соблюдение диеты, но придерживались этого всего лишь 31,6% пациентов.

Причины невыполнения рекомендаций врача после выписки были различны, основные представлены на рис 1.

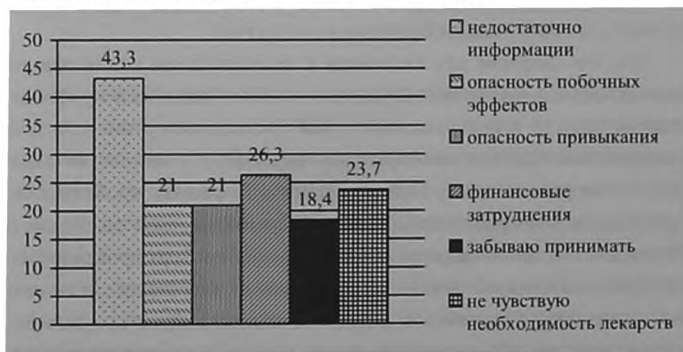


Рис. 1. Причины невыполнения медицинских рекомендаций пациентов с ХП.

Как видно из диаграммы причин невыполнения назначений, в основном, все они связаны с недостатком информации у пациента о самом заболевании, необходимости приема лекарственных средств, соблюдении диеты и др. Большинство опрошенных (68,4%) изъявило

желание получить дополнительную информацию по интересующим его вопросам (рис.2).

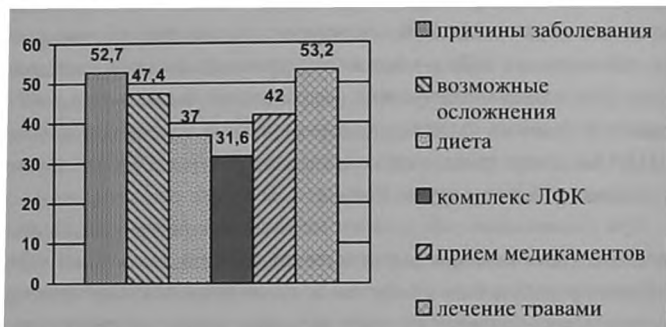


Рис.2. Дополнительная информация, интересующая пациентов

Существуют различные формы обучения: самостоятельное изучение популярной медицинской литературы, индивидуальное консультирование с врачом или медсестрой, а также занятия малыми группами в школах здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями. Среди опрошенных 42% хотели бы пройти обучение в Школе здоровья для пациентов с ХП.

Школы здоровья для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями являются комплексной медицинской профилактической услугой и представляют собой технологию группового консультирования. Школы способствуют выработке у пациентов адекватного восприятия своей болезни, помогают решать проблемы сотрудничества с медработниками, психофизиологической адаптации к заболеванию. Важной задачей обучения является формирование четкого представления об этиологии заболевания, возможных осложнениях, позитивного отношения к противорецидивному и профилактическому лечению. Пациент становится активным участником в процессе своего лечения и реабилитации [4].

Таким образом, по результатам проведенного исследования, можно сделать вывод, что информированность пациентов с хроническим панкреатитом о своем заболевании и профилактике обострений низкая. После выписки из стационара у пациентов с ХП отмечается низкий уровень приверженности терапии. Школа для пациентов с ХП

повысит приверженность врачебным рекомендациям, так как пациенты готовы к сотрудничеству с медицинским персоналом.

Библиографический список

Голубев Н.Н., Маев И.В., Никушкина И.Н., Самсонов А.А. Возможности полиферментных препаратов в терапии хронического панкреатита // Русский медицинский журнал. 2009. № 7.

Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. № 1.

Калининская А.И., Бальзамова Л.В. Школы для пациентов с хроническими заболеваниями // Врач. 2004. № 3.

Маев И.В., Казюлин А.Н., Самсонов А.А., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит (Алгоритм диагностики и лечебной тактики): Учеб. пособие. М., 2006.

И.Р.Борбонова, Ю.Ю.Шурыгина

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

С каждым годом количество неблагополучных семей возрастает, и даже в достаточно устойчивых семьях отмечается ухудшение психологического климата. Причинами такого явления служат алкоголизация населения, матерьяльная необеспеченность, безработица или ее угроза и т.д. Отсутствие в семьях заботы, теплых отношений, психологическое и физическое насилие негативно сказываются на развитии личности детей, приводят к безнадзорности и беспризорности. Большинство специалистов, работающих с детьми, убеждены, что легче сделать все возможное, чтобы ребенок не попал «на улицу», чем потом вернуть его к нормальной жизни. Поэтому помощь семье и детям стала главным направлением в стратегии поликлиники № 1 г. Улан-Удэ.

В 2005 г. в поликлинике был открыт кабинет социальной помощи для работы с семьями и детьми, находящимися в социально-опасном положении и раннего выявления семейного неблагополучия. В штат был принят социальный работник. Главной задачей деятельно-