

ственной семьи. Круг общения у 45 % пациентов с АЗ и 60 % пациентов с ОЗ ограничен лицами с синдромом зависимости от ПАВ. В отличие от пациентов с АЗ, у больных с ОЗ употребление ПАВ сопровождается более тяжелыми негативными медико-социальными последствиями, течение заболевания носит менее волнообразный характер. В структуре психической патологии у пациентов с зависимостью от ПАВ установлено достоверное превалирование выраженности психопатологических симптомов по сравнению с показателями нормы. Особенности клиники заболевания по данным опросника SCL90R нашли отражение в синдромальной конфигурации. Значения показателей шкал опросника SCL90R у обследованных пациентов статистически значимо отлились от показателей нормы. Показатель шкалы SOM у пациентов с АЗ составил 0,95, у пациентов с ОЗ — 0,78 при норме 0,36; шкалы О-С у пациентов с АЗ составил 1,05, у пациентов с ОЗ — 0,56 при норме 0,39; шкалы INT у пациентов с АЗ — 1,17, у пациентов с ОЗ — 0,71 при норме 0,29; шкалы DEP у пациентов с АЗ — 1,14, у пациентов с ОЗ — 0,69 при норме 0,36; шкалы ANX у пациентов с АЗ — 1,19, у пациентов с ОЗ — 0,47 при норме 0,30; шкалы NOS у пациентов с АЗ — 0,96, у пациентов с ОЗ — 0,51 при норме 0,30; шкалы РНОВ у пациентов с АЗ — 0,81, у пациентов с ОЗ — 0,18 при норме 0,13; шкалы PAR у пациентов с АЗ — 1,26, у пациентов с ОЗ — 0,74 при норме 0,34; шкалы PSY у пациентов с АЗ — 0,87, у пациентов с ОЗ — 0,33 при норме 0,14; индекс тяжести симптомов GST у пациентов с АЗ — 1,05, у пациентов с ОЗ — 1,00 при норме 0,31.

#### **Выводы**

Для пациентов с синдромом зависимости от ПАВ характерна социальная, трудовая и семейная дезадаптация, уровень которой коррелирует с тяжестью зависимости. Более явное социальное снижение характерно для пациентов с ОЗ. Отклонения в физическом и психическом здоровье выявлены у всех обследованных. Наличие психопатологической симптоматики отражает эффективность функционирования механизмов адаптации пациентов с АЗ и ОЗ и свидетельствует о низком уровне их психической адаптированности. Увеличение выраженности психопатологических проблем по всем шкалам указывает на ухудшение восприятия пациентами состояния собственного здоровья и увеличение уровня психологического дистресса. Несмотря на более высокие значения шкал опросника у пациентов с АЗ, индекс тяжести симптомов (GST) у пациентов с АЗ и ОЗ одинаковый и более, чем в 2 раза превышает показатели «нормы», что указывает на глубокий уровень психической дезадаптации пациентов с АЗ и ОЗ и подтверждает высокий риск развития у них психических расстройств.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Murray, C. M. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020 / C. M. Murray, A. Lopez. — Geneva: World Health Organization; 1996.
2. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения / Н. Н. Иванец [и др.] // Вопросы наркологии. — 2008. — № 3. — С. 105–118.
3. Заграев, Г. Г. Алкоголизм и пьянство в России. Пути выхода из кризисной ситуации / Г. Г. Заграев // Социологические исследования. — 2009. — № 8. — С. 74–84.
4. Franke, G. H. SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis. Deutsche Version / G. H. Franke. — Gettingen: Testzentrale, 1995.

**УДК 613.5:696/697:616-056.266**

### **МОНИТОРИНГ ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ ИНФРАСТРУКТУРЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

**Ефименко Е. Ф.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Конвенция о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН, открывает новый этап сущности проблемы инвалидности. Признается понимание инвалидности

как проблемы прав человека; проблемы полного уважения человеческого достоинства и возможности реализации всех прав человека в равной степени и без дискриминации. Ключевой ролью в решении глобальной проблемы становится мониторинг архитектурных объектов, зданий и сооружений [1–4].

### **Цель**

Оценка результатов мониторинга доступности по маршруту объектов, зданий и сооружений для людей с инвалидностью в г. Гомеле.

### **Материалы и методы исследования**

Материалом для исследования явились заполненные в соответствии с программой мониторинга специально разработанные ППУ «Офис по правам людей с инвалидностью» анкеты [3] на обследованные объекты: Гомельская клиническая областная больница (ГОКБ), железнодорожный вокзал и гипермаркет по ул. Косарева.

В мониторинг включено 4 критерия: 1) название остановки; 2) препятствия на пути к объекту (он включал в себя несколько подпунктов); 3) переход через проезжую часть и 4) стоянка для парковки специальных автомобилей людей с ограниченными возможностями. Соответствие критериям определялось в баллах: если объект соответствовал критерию, в анкете делали отметку «1 балл», если нет — 0 баллов. Доступность объекта по маршруту определялась по суммарно набранным баллам по всем исследуемым критериям. Максимальное количество баллов не должно быть менее 13, так как при наличии несоответствия даже по одному из критериев объект считается недоступным для инвалидов.

### **Результаты исследования**

Самым недоступным объектом достижения по маршруту стала Гомельская областная клиническая больница, у нее всего лишь 4 балла из 13, что составляет 31 % соответствия; далее объектом достижения по доступности стал железнодорожный вокзал, у него 9 баллов из 13, что составляет 69 % соответствия; самым доступным объектом стал гипермаркет по улице Косарева, у него 11 баллов из 13, что составило 85 % соответствия (таблица 1).

Таблица 1 — Результаты мониторинга доступности объектов инфраструктуры

Критерий	ГОКБ		Железнодорожный вокзал		Гипермаркет	
	1 балл	0 баллов	1 балл	0 баллов	1 балл	0 баллов
1. Название остановки	+		+		+	
2. Ровное дорожное покрытие без препятствий на пути передвижения		+	+		+	
3. Свободный от преград пешеходный путь	+		+		+	
4. Толщина швов между плитками не более 10 мм		+	+		+	
5. Контрастность цвета тротуарного покрытия в местах, требующих повышенного внимания		+		+	+	
6. Наличие съездов на тротуар (уклон не более 10 %, длина площадки перед съездом 0,8 м)		+	+		+	
7. Оборудование наземного перехода светофором	+		+		+	
8. Контрастность съездов с тротуаров с фактурой и цветом основной поверхности		+		+	+	
9. Высота бортового камня в местах пересечения пути движения с проезжей частью улиц не более 40 мм		+	+		+	
10. Наличие парковочного места	+		+		+	
11. Размеры одного машиноместа 3,5×8м		+	+		+	
12. Наличие знаков на площадке и отдельно стоящий знак		+		+		+
13. Расстояние от парковки до входов в здания не более 50м		+		+		+
Итого	4 соответствия из 13		9 соответствий из 13		11 соответствий из 13	

## **Выводы**

Проведение мониторинга обеспечения доступности важно для оценки эффективности мер по созданию безбарьерной среды в рамках установленных законодательством норм, реализации национальных и местных программ.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Конвенция о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года.
2. Новицкий, М. Мониторинг прав человека / М. Новицкий, З. Фиалова // Хельсинский Фонд по правам человека // Варшава, 2001. — 211 с.
3. Дроздовский, С. Е. Руководство по мониторингу доступности архитектурных объектов, зданий и сооружений для людей с инвалидностью / С. Е. Дроздовский, Е. М. Шевко; под общ. ред. Г. Н. Крот. — Минск, 2013. — 32 с.
4. В защиту общественных интересов; пер. с англ. — М.: Юрист, 2004. — 506 с.

**УДК 616.37-002-036.11-089**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Жданович А. С., Зыкун О. Ю.**

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент А. В. Жура**

**Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь**

## **Введение**

Наиболее частым вариантом ранних локальных осложнений острого панкреатита является панкреатическое скопление жидкости. Его характеризуют как одиночное или множественное скопление жидкости вокруг и (или) в паренхиме поджелудочной железы, не имеющее четкой границы или капсулы. Такое скопление состоит из разнообразных комбинаций: тканевой жидкости, панкреатического сока, некротических тканей, крови и воспалительных элементов и может осложниться утяжелением течения острого панкреатита, нагноением, переходом в острую псевдокисту и т. д.

## **Цель**

Определить влияние на течение раннего периода острого панкреатита малоинвазивного дренирования панкреатических скоплений жидкости под ультразвуковым контролем.

## **Материалы и методы исследования**

Проведен анализ историй пациентов с острым некротизирующим панкреатитом за 2008–2013 гг. в УЗ ГКБСМП г. Минска, которым выполнялись чрезкожное дренирование ПСЖ под ультразвуковым контролем (n = 45).

Оценивали динамику общего и биохимического анализов крови, необходимость в повторных, в том числе и малоинвазивных, вмешательствах, случаи развития гнойных осложнений. Статистическую обработку данных проводили с применением непараметрических методов (критерии Wilcoxon и Friedman для оценки динамики связанных групп показателей).

## **Результаты исследования**

Дренирование ПСЖ в сальниковой сумке — 23, в парапанкреатической клетчатке (в основном, в левой и правой паракольной клетчатке) — 20, в 2 случаях — одновременное дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

В послеоперационном периоде количество отделяемого из сальниковой сумки постепенно уменьшалось с 500 мл (30–1200 мл) за 1-е сутки до 325 мл (200–500 мл) на 5-е. Количество отделяемого из парапанкреатической клетчатки было меньше, чем при дренировании оментобурсита и составило от 125 мл (33–250 мл) за 1-е сутки до 70 мл (30–100 мл) на 5-е. Уровень билирубина снизился достоверно до операции (p = 0,031) и