

дечно-сосудистых осложнений, а степень анестезиологического риска определяется как II-III по классификации American Society of Anesthesiologists (ASA). Отягчающим фактором у этой группы пациентов является наличие 2-3 сопутствующих патологий в стадии компенсации, а у 48% – в стадии субкомпенсации, что требовало проведения лечения в дооперационном периоде. В 18% случаев оперативное вмешательство было отсрочено из-за тяжести состояния, необходимости дополнительного обследования с целью коррекции лечебных мероприятий. Основными причинами отсроченных оперативных вмешательств были: критическое повышение АД (39%) на фоне принимаемых гипотензивных средств; гемодинамически значимые нарушения ритма (2,7); нестабильная гемодинамика (20%).

Интенсивная терапия является профилактикой и лечением расстройств жизненно важных реакций, и ее эффективность определяется не только рациональными лечебными мероприятиями, но и интенсивным наблюдением, интенсивным уходом специально обученного персонала. Современные методы наблюдения за состоянием пациента основываются на стандартах базового интраоперационного и послеоперационного мониторинга, обязательным условием которого является постоянное присутствие анестезиолога при проведении общей или регионарной анестезии, необходимость контроля за показателями оксигенации, вентилиации, кровообращения и температуры тела. Еще одним важным моментом является обеспечение адекватной анестезиологической защиты в операционной, способность справиться с послеоперационной болью и при этом избежать передозировки препаратами. Высокая оперативная активность позволяет использовать палату интенсивной терапии (ПИТ) и как палату послеоперационного наблюдения, где проводится профилактика посленаркотической тошноты и рвоты (ПОНР), проведение инфузионной, гемостатической терапии.

Таким образом, своевременная, грамотная предоперационная подготовка и лечение сопутствующих заболеваний в предоперационном периоде позволяет выполнять офтальмохирургические вмешательства с минимальным количеством осложнений. Наличие патологии, требующей операционной коррекции, заставляет искать щадящие способы анестезиологического ведения больных. ПИТ позволяет отслеживать пациента на всех этапах пред- и операционного лечения, осуществлять объективное наблюдение в посленаркотическом периоде. Эффективно проведенное лечение позволяет в последующем восстановить способность к самообслуживанию, вернуться к активной трудовой деятельности.

Библиографический список

1. *Городецкий П.М.* Особенности анестезиологического подхода к гериатрическим пациентам // Клиническая геронтология. 1996. № 2.
2. *Князева Е.С., Коротких С.А.* Десять лет офтальмохирургической службы госпиталя ветеранов войн // Госпитальный вестник. 2004. № 4.

Т.Г. Деревягина (Тамбов)

Социальное обслуживание инвалидов в первые годы советской власти (на материалах Тамбовской губернии)

Власть большевистских Советов была установлена в Тамбове в начале 1918 г. На этот период приходится и формирование новых органов власти.

Проводником политики в области государственного социального обеспечения стал губернский отдел социального обеспечения, в структуре которого был создан подотдел помощи военно-увечным. Социальная помощь инвалидам осуществлялась по четырем направлениям: трудовая помощь, заключающаяся в устройстве мастерских; призрение неспособных к труду, не имеющих средств к существованию (для них в губернии создавались инвалидные дома); помощь в протезировании и организация лечения инвалидов и обучение военно-увечных. К началу 1919 г. на учете в подотделе состояло 20 тыс. инвалидов, нуждающихся в помощи, из них 40% имели физические увечья и нуждались в протезировании и лечебной помощи.

Поэтому в первую очередь подотдел направил свои усилия на организацию протезной мастерской с производительностью в год 1 тыс. новых протезов, с починкой 400 шт. старых, изготовлением 200 пар ортопедической обуви и 200 пар костылей. При протезной мастерской был открыт госпиталь-приют на 50 чел., где инвалиды ожидали изготовления протезов и обучались пользоваться ими под контролем врачей [8].

Следует заметить, что, создавая социальное обеспечение нового типа, советская власть стремилась организовать его на широкой и комплексной основе с включением в него социальное обслуживание инвалидов. В период гражданской войны и разрухи, когда советское государство не располагало необходимыми материальными средствами, социальное обслуживание являлось, по существу, преимущественной формой государственной и общественной помощи инвалидам. В условиях трансформации в 1918-1920 гг. советской системы народовластия в однопартийный большевистский режим социальная программа новой власти оказалась во многом нереализованной. Прежде всего, это относилось к жизненному уровню населения страны, в том числе и инвалидов, реального состояния их социальной защищенности.

Новая экономическая политика, проводившаяся в России в 1920-е гг., внесла определенные изменения и в систему социального обеспечения. Основными направлениями ее стали организация крестьянских обществ взаимопомощи, кооперация инвалидов и др. В декретах советского правительства обращалось внимание на необходимость всемерного развития таких видов трудовой, хозяйственной помощи и взаимопомощи инвалидам, как предоставления им продовольствия, оказания помощи в обработке и уборке полей, помощи рабочей силой и сельхозинвентарем, доставка топлива и содействие в ремонте жилых домов и пр. [2; 4; 6; 7].

Восстановительный период после гражданской войны сопровождался организацией и развитием трудоустройства инвалидов. В циркулярах Народного комиссариата социального обеспечения от 16 января и 8 февраля 1922 г. указывалось на необходимость оказания инвалидам трудовой помощи во всех видах [9]. По существу, с этого момента трудовая помощь инвалидам становится важнейшей государственной задачей и основным направлением социального обслуживания этой категории населения.

Декретом Совнаркома от 1921 г. «О социальном обеспечении инвалидов» были установлены следующие группы инвалидности:

1. Инвалиды, не только не способные к труду для заработка, но нуждающиеся еще в посторонней помощи для удовлетворения обычных жизненных потребностей;
2. Инвалиды, не способные ни к какому труду, дающему заработок, но не нуждающиеся в постоянном уходе;

3. Инвалиды, не только вынужденные отказываться от своей обычной профессии, но и вообще не способные ни к какой регулярной профессиональной работе и могущие добывать средства к существованию лишь случайной, временной притом легкой работой;

4. Лица, вынужденные перейти к другой профессии более низкой квалификации;

5. Лица, вынужденные отказаться от своей обычной профессии и перейти к другой профессии такой же квалификации, если они нуждаются для такого перехода в услугах Народного комиссариата социального обеспечения;

6. Лица, могущие продолжать профессиональную деятельность, но с пониженной производительностью [2].

Исходя из обозначенных групп, дифференцировалась и помощь. Например, инвалидам всех групп, имеющим доходное хозяйство или промысел, оказывалась трудовая, хозяйственная и прочая помощь через органы общественной взаимопомощи, а для тех групп инвалидов, которые не имели постоянного дохода, начиная с 1921 г., создаются особые производственные объединения и артели инвалидов.

Социальным обслуживанием крестьянства, в том числе и сельских инвалидов, занимались Крестьянские комитеты общественной взаимопомощи (далее ККОВ) [3]. Общественная крестьянская помощь становилась основной формой социального обеспечения и социального обслуживания всех трудящихся крестьян, в том числе инвалидов, престарелых, вдов, сирот и больных. В частности, она выражалась в хозяйственной, трудовой и других видах помощи, которые возлагались на комитеты взаимопомощи.

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что в этот период помощь инвалидам империалистической и гражданской войн оказывалась по трем направлениям: через инвалидные дома и пенсии, через инвалидные кооперации и через комитеты крестьянской взаимопомощи.

Остановимся на двух последних направлениях и проиллюстрируем примерами по Тамбовской губернии. Кооперация инвалидов в крае к 1924 г. насчитывала 351 артель с общим количеством членов 4626 чел., из которых только 195 не являлись инвалидами. Артели охватывали разные отрасли производства, но наиболее развито было хлебопечение. Губернское инвалидное кооперативное объединение имело 3 магазина и 3 мастерских. С октября 1923 по октябрь 1924 г. годовой оборот магазинов был увеличен в 10 раз и составил 113562 р. [5]. Активно вели свою работу и крестьянские комитеты общественной взаимопомощи. По Тамбовской губернии (1923) было создано 6 уездных ККОВ, 92 волостных, 926 сельских с общим числом членов комитета 5749 чел. Структурным подразделениям ККОВ принадлежали 37 мельниц, 2 просорушки, 3 кирпичных завода и др. На попечении ККОВ находились: 3563 семьи красноармейцев, 2169 инвалидов Красной Армии, 4666 инвалидов старой армии, 1240 инвалидов труда, 4778 сирот, 9659 вдов [5]. Помощь оказывалась как в денежной, так и в натуральной формах (последняя была более распространенной).

В заключение следует сделать вывод о том, что к концу восстановительного периода социальное обеспечение и социальное обслуживание включало снабжение сельхозинвентарем, выдачу семян и удобрений, предоставление строительных материалов, оказание трудовой помощи в проведении сельхозработ и т. п. Появилась возможность в расширении других видов социального обслуживания: так, инвалидам войны и инвалидам из числа персональных пенсионеров стала предоставляться бесплатная медицинская помощь, бес-

платно выдавались протезы и ортопедические средства. Вместе с тем оставались нерешенными такие проблемы, как организационные, отсутствие подготовленных кадров в социальной сфере и др.

Библиографический список

1. Ленинские декреты о социальном обеспечении. М., 1972.
2. О социальном обеспечении инвалидов: Декрет Совета Народных Комиссаров от 8 декабря 1921 г. // Собр. Указонений. 1921. № 76. Ст. 672.
3. Об улучшении постановки дела социального обеспечения рабочих, крестьян и семейств красноармейцев // В сб.: Ленинские декреты о социальном обеспечении...
4. Об установлении единообразных норм социального обеспечения инвалидов труда и войны: Декрет Совета Народных Комиссаров от 27 октября 1919 г. // Там же.
5. Отчет Тамбовского губернского исполнительного комитета. Октябрь 1923 – октябрь 1924 гг. Тамбов, 1924.
6. Положение о социальном обеспечении инвалидов-красноармейцев и их семейств: Декрет Совета народных комиссаров от 28 апреля 1919 г. // Собрание Указонений. 1919. № 19. Ст. 220.
7. Положение о социальном обеспечении трудящихся: Декрет Совета Народных Комиссаров от 31 октября 1918 г. // В сб.: Ленинские декреты о социальном обеспечении...
8. Протокол 4-го съезда Советов Тамбовской губернии. 26 февраля – 1 марта 1919 г. Тамбов, 1919.
9. Циркуляр НКСО от 16 января и 8 февраля 1922 г. // Изв. НКСО. 1922. №№ 3-4.

Л.А. Довженко (Екатеринбург)

Психолого-педагогические программы личностного развития женщин как путь социальной реабилитации семей участников вооруженных конфликтов

В современном обществе существует потребность в социальной реабилитации семей, в составе которых есть участники вооруженных конфликтов. Предлагаемые программы достаточно часто, на наш взгляд, оказываются мало эффективными, так как ветераны не обращаются за помощью, либо предложенный им курс реабилитации до конца не проходят. В связи с этим страдания испытывают все члены семьи – и дети, которым необходимы любовь, поддержка, забота, и жены, и престарелые родственники. Это самые простые очевидные трудности, лежащие на поверхности, с которыми сталкиваются семьи. При этом они, как правило, не готовы к раскрытию и принятию помощи извне. Негативное влияние оказывают мифы: «не выносить сор из избы», «спасение утопающего в руках самого утопающего», «как-нибудь само рассосется» и пр.

Реабилитационную работу с участниками вооруженных конфликтов выстраивают разными путями: клиентом может выступать вся семья, собственно участник вооруженных конфликтов, отдельно взятый член семьи – обычно это женщина (мать или жена). Взаимодействие со всей семьей имеет более полную динамику, а соответственно и глубокие, качественные изменения, но су-