

Реалии клинической практики в такой многонациональной стране, как Россия, и международный опыт определенно свидетельствуют о влиянии этнических, религиозных, семейных, ценностных и иных культурных факторов на уровень психического здоровья населения (Б. С. Положий, А. А. Чуркин, 2001). В связи с этим особую распространенность получили исследования, в основе которых лежит примодальный этнокультурный подход. Обзор современного состояния психотерапии в условиях поликультурной среды показывает, что ее эффективное проведение становится невыполнимым без тщательного учета на всех этапах диагностики, лечения и профилактики особенностей этнической, языковой, духовной, исторической культуры пациента. Описанные тенденции не менее актуальны и для условий многонациональной российской действительности. В качестве ступени развития психотерапии представляется ее транскультурная интеграция на основе принятия и преобразования во многом противоречащих друг другу ценностей индустриального и традиционного общества, объединяющих большое разнообразие культур. Одним из ориентиров подобной интеграции могли бы стать общие духовные ценности, имеющие универсальный общечеловеческий характер.

Особую значимость проблемы психического здоровья приобретают для обществ, население которых в течение последних десятилетий стало свидетелем резкого перехода от одной социально-экономической системы к другой, во многих случаях сопровождавшегося выраженной динамикой (в том числе и негативной) уровня жизни и здоровья населения. Наиболее масштабные трансформации подобного рода на исходе XX в. происходили на обширных территориях евразийского пространства и непосредственно затронули жителей Восточной Европы, Балкан, Кавказа, Центральной Азии, Сибири и Дальнего Востока.

В связи с этим можно предположить, что особый научный интерес представляет кросс-культурное исследование психического здоровья населения Республики Беларусь и Российской Федерации. Проблемы психического здоровья населения постсоветского социокультурного пространства рассматриваются нами не только с позиций всеобщего универсального характера, но и во взаимосвязи, в контексте с определенными социокультурно-историческими, политико-экономическими факторами, что и представляет, на наш взгляд, особую актуальность данной проблематики.

Таким образом, краткий анализ состояния исследований, показывает, что при всем многообразии подходов к анализу кросс-культурного аспектов изучения психического здоровья в современном обществе, отсутствует сложившаяся теоретико-методологическая основа для его комплексного, междисциплинарного изучения, эффективной системы психологической диагностики, мониторинга, коррекции.

В связи с этим возникает настоятельная необходимость обобщения и систематизации разрозненных знаний, являющихся базовыми для раскрытия содержательных характеристик данного понятия, в частности, выделения как клинко-психологических, так и социально-психологических аспектов.

Особую значимость данная проблематика приобретает в условиях кардинальной модернизации общества, отягощенной системным мировым финансовым кризисом, происходящей кардинальной политической, социо-экономической и социокультурной трансформации современного общества в постсоветском пространстве.

УДК 614.212:617.7-007.681

СОВРЕМЕННАЯ ПРОГРАММА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ

Островский А. М., Шаршакова Т. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Многие первичные и вторичные нейродегенеративные заболевания глаз — актуальнейшая проблема офтальмологии из-за значительного распространения, полиэтиологической при-

роды и рефрактерного характера их течения, имеющего инвалидизирующий финал. Это касается и глаукомы — локальной нейродегенеративной офтальмопатологии, поражающей 1,5–2,5 % населения в возрасте старше 40 лет, существенно снижающей качество жизни и приводящей в 14–20 %, даже в развитых странах, к необратимой слепоте, занимая по этому показателю второе место в мире, неуклонно увеличивая многомиллионную армию незрячих [2].

Прежде чем говорить о проблемах организации диспансеризации по глаукоме, стоит ответить на вопрос, насколько оправдана в принципе диспансеризация по данному хроническому заболеванию.

Цель

Провести анализ современной программы по диспансерному наблюдению пациентов с глаукомой.

Результаты исследования и их обсуждение

Для детального анализа современной программы диспансеризации глаукомы были использованы международно-утвержденные критерии Wilson-Junger (ВОЗ, 1968):

- 1) заболевание, на которое нацелена программа скрининга, должно быть важной социально-медицинской проблемой;
- 2) патогенез заболевания должен быть хорошо исследован, определены факторы риска, специфические маркеры заболевания;
- 3) наличие чувствительного и специфичного диагностического теста для выявления латентной и ранней стадий заболевания;
- 4) вмешательство на ранней стадии заболевания должно быть эффективнее, чем на поздней;
- 5) стоимость программы скрининга должна быть сбалансирована по отношению к дальнейшим экономическим затратам на лечение и реабилитацию.

Критерий 1. *Заболевание, на которое нацелена программа скрининга, должно быть важной социально-медицинской проблемой.*

Глаукома представляет собой хроническое заболевание глаз, характеризующееся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления, вызванным нарушением оттока водянистой влаги из глаза. Следствием повышения внутриглазного давления является постепенное развитие характерных для заболевания нарушений зрительных функций и, в терминальной стадии, изменения приводят к слепоте, в связи с чем данное заболевание требует обязательного регулярного наблюдения на протяжении многих лет [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество глаукомных больных в мире доходит до 100 млн человек, при этом в США зарегистрировано около 3 млн человек, в России на 2012 г. по данным Российского глаукомного общества количество глаукомных больных составляет 1,25 млн человек. Во всех странах, в том числе и в России отмечается тенденция роста заболеваемости глаукомой: на данный момент глаукома занимает первое место в структуре слепоты и первичной инвалидности среди офтальмологической патологии [2].

Несмотря на значительный прогресс в методах лечения, глаукома остается одной из основных причин снижения зрения и необратимой слепоты. При этом согласно последним исследованиям как в зарубежных странах, так и в России лишь половина заболевших знают о своей болезни и еще меньше — только четверть из них — получает адекватную терапию [2].

Следовательно, учитывая распространенность и угрозу потери зрительных функций и вследствие этого потерю трудоспособности, в настоящее время глаукома является заболеванием, имеющим важнейшую социальную значимость.

Критерий 2. *Патогенез заболевания должен быть хорошо исследован, определены факторы риска, специфические маркеры заболевания.*

Ключевыми критическими точками в патогенезе первичной глаукомы являются повышение уровня внутриглазного давления и развитие оптической нейропатии [3]. В последнее время все больше внимания уделяется роли сосудистых нарушений в развитии глаукомы.

Выделяют следующие факторы риска развития глаукомы: возраст, наследственность, наличие сопутствующей сосудистой патологии, уровень внутриглазного давления,

вид рефракции, расовая принадлежность, перенесенная офтальмологическая патология, длительная фармакотерапия стероидами.

Именно поэтому на приеме у врача-офтальмолога значительное время занимает сбор анамнеза, данные факторы риска необходимо учитывать при подозрении на глаукому.

Критерий 3. *Наличие чувствительного и специфического диагностического теста для выявления латентной и ранней стадий заболевания.*

В настоящее время не существует единственного теста, который бы с точностью 100 % ответил на вопрос, есть ли у пациента глаукома. С целью скрининга используются те же методы, что и для диагностики других глазных заболеваний: тонометрия, периметрия, офтальмоскопия.

В последнее время появились новые методы тонометрии, на результаты которого не влияют толщина и кривизна роговицы, наличие астигматизма, глубина передней камеры и т. д. Однако они требуют дальнейшего изучения с точки зрения эффективности этого метода контроля внутриглазного давления в скрининговых программах [1].

С точки зрения скрининга закрытоугольной глаукомы «золотым стандартом» является гониоскопия. Хотя такие современные технологии, как ультразвуковая биомикроскопия и оптикокогерентная томография переднего отдела глаза, имеют высокую специфичность и чувствительность диагностики, они являются весьма дорогостоящими, что делает на современном этапе их использование в скрининге невозможным. В то же время они все шире используются для диагностики и мониторинга больных с закрытоугольной глаукомой [3].

Критерий 4. *Вмешательство на ранней стадии заболевания должно быть эффективнее, чем на поздней.*

Единственным фактором риска возникновения глаукомы, на который реально можно влиять, остается внутриглазное давление. Эффективность снижения давления с точки зрения предотвращения развития глаукомы и ее прогрессирования были продемонстрированы в мультицентровых исследованиях (OHTS, EGMS, CIGTS, AGI, CNTGS). Результаты этих исследований определяют целесообразность программ скрининга, основанных на тонометрии. В последние годы появились новые группы препаратов (аналоги простагландинов и их комбинации), новые методы хирургического лечения (селективная лазерная трабекулопластика, разнообразные дренажные системы и т. п.), что значительно повысило эффективность лечения больных глаукомой. Перспективными являются дальнейшее изучение эффективности методов нейропротекции, применение нанотехнологий, генетических методов, клеточной терапии и т. п. Вместе с тем, на поздних стадиях происходят необратимые изменения зрительного нерва и помочь пациенту невозможно на данном этапе развития медицины, что и определяет необходимость выявления больных глаукомой на ранних стадиях заболевания [4].

Критерий 5. *Экономическая эффективность программ скрининга (по отношению к дальнейшему медицинскому и социальному сопровождению).*

Глаукома — весьма «дорогое» заболевание, которое нуждается не только в дорогостоящем лечении, но и постоянном мониторинге пациентов, их длительном медицинском и социальном обеспечении и реабилитации.

Так, затраты на одного больного в год на начальной стадии заболевания возрастают на терминальных стадиях в 1,9–2,2 раза [5]. Не только значительный размер прямых и косвенных затрат, но и их повышение дважды в терминальных стадиях по сравнению с начальными является прямым аргументом в пользу раннего выявления глаукомы.

В Европе затраты на одного больного в год на начальной стадии заболевания составляют 455 евро и возрастают на терминальных стадиях до 886–969 евро. В США затраты государства на одного пациента трудоспособного возраста составляют 3848 долларов США в год, пенсионного возраста — 824 доллара США. Кумулятивные затраты США в результате заболеваемости населения глаукомой составляют 294,7 млн. долларов США в год (по данным 2008 г.). При прогнозировании затрат до 2017 г. установлено, что они возрастут в 1,4 раза (без учета коэффициента инфляции). В то же время в случае снижения заболеваемости по первичной глаукоме в трудоспособном возрасте на 0,5 % от уровня 2008 г. экономический эффект выражается в экономии 897 тыс. долларов США в год, а при снижении на 5,0 % — 26,2 млн долларов США в год [5].

Учитывая неуклонный рост заболеваемости глаукомой, широкую распространенность ее во всем мире, прогрессирующее ухудшение зрительных функций, приводящее к потере работоспособности и инвалидности, значительные финансовые затраты как пациента, так и государства на лечение, высказывается мнение о том, что глаукому можно отнести к социально-значимым болезням.

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод, что в настоящее время существуют все предпосылки, которые отвечают критериям Wilson-Junger, для разработки и внедрения программ скрининга глаукомы. Перспективным направлением будет реализация такого скрининга среди лиц с имеющимися факторами высокого риска развития глаукомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куроедов, А. В. Оценка эффективности скрининговой диагностики и динамического наблюдения больных глаукомой / А. В. Куроедов // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. тез. по матер. 7-й науч.-практ. конф. — М., 2009. — С. 95–97.
2. Либман, Е. С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России / Е. С. Либман, Е. В. Шахова // Тез. докл. VII съезда офтальмол. России. — М., 2000. — Ч. 2. — С. 209–214.
3. Мониторинг поля зрения — основное звено диспансеризации больных глаукомой / А. П. Нестеров [и др.] // V Всероссийская школа офтальмолога: сб. науч. тр.; под ред. проф. Е. А. Егорова. — М., 2008. — С. 178–187.
4. Spry, P. G. D. Performance of the 24–2–5 frequency doubling technology screening test: a prospective case study / P. G. D. Spry, H. M. Hussin, J. M. Sparrow // Br. J. Ophthalmol. — 2007. — Vol. 91. — P. 1345–1349.
5. Direct costs of glaucoma and severity of the disease: a multinational long term study of resource utilisation in Europe / C. E. Traverso [et al.] // Br. J. Ophthalmol. — 2005. — Vol. 89. — P. 1245–1249.

УДК 613:378

УСТАНОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ УНИВЕРСИТЕТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Пашина И. В., Сидоров Г. А., Пашина М. Е.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Здоровье — это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь — это важное слагаемое человеческого фактора [1].

Активный и здоровый человек надолго сохраняет молодость, продолжая созидательную деятельность, не позволяя «душе лениться» [2].

Формирование здорового образа жизни — сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного общества и включающий основные сферы и направления жизнедеятельности людей [1].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — это система поведения разумного человека: умеренность во всем, оптимальный двигательный режим, правильное сбалансированное питание, рациональный режим жизни и отказ от курения, снижение потребления алкоголя, безопасное сексуальное поведение.

Охрана собственного здоровья — это непосредственная обязанность каждого, он не вправе перекладывать ее на окружающих. Ведь нередко бывает и так, что человек неправильным образом жизни, вредными привычками, гиподинамией, перееданием уже к 20–30 годам доводит себя до катастрофического состояния и лишь тогда вспоминает о медицине.

Цель

Формирование компонентов здорового образа жизни преподавателей КГМУ.