

УДК 614.212:617.7-007.681:616-036.865

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ГЛАУКОМОЙ
КАК ДЕЙСТВЕННАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРВИЧНОЙ
И ВТОРИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ**

Островский А. М., Куриленко А. Н., Шаршакова Т. М.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение здравоохранения
«Гомельская областная специализированная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Своевременное выявление и диспансерное наблюдение за больными глаукомой имеет важное значение в плане исхода данного заболевания, а сами пациенты требуют постоянного врачебного наблюдения. Как известно, для эффективного проведения диспансеризации в современных условиях необходимо уточнение приоритетных контингентов, нуждающихся в таком наблюдении в качестве действенной меры профилактики первичной и вторичной инвалидности. Естественно, что в плане первичной профилактики лиц с глаукомой особое внимание должно быть обращено на население с высоким уровнем риска инвалидности; в плане вторичной — на инвалидов, имеющих неблагоприятный прогноз, грозящий утяжелением инвалидности.

По данным литературы [1] глаукома занимает ведущее место в структуре слепоты в мире (14–15 %). В Республике Беларусь глаукома занимает I место в нозологической структуре инвалидности по зрению (23,41 %) [2, 3]. Исследования, проводимые по первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Гомельской области, говорят о том, что глаукома составляет 32,2 % [4].

Цель исследования

Оценить роль диспансеризации и реабилитации пациентов с глаукомой в профилактике первичной и вторичной инвалидности.

Материал и методы

На основе материалов специализированной офтальмологической МРЭК Гомельской области за 2008–2012 гг. нами было проведено эпидемиологическое исследование 429 пациентов, впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы, и 477 переосвидетельствованных.

Результаты и их обсуждение

Выявлено, что при первичном освидетельствовании специализированной офтальмологической МРЭК Гомельской области в связи с полной или почти полной утратой зрения были признаны инвалидами I группы — 40,8 % пациентов, II — 41,5 % и III — 17,7 %. Инвалидность установлена бессрочно 91,4 % пациентов.

За время наших наблюдений распространенность инвалидности в связи с глаукомой составила 1,01 на 10 тыс. населения. Среднегодовой показатель первичной инвалидности в трудоспособном возрасте составил 0,114 на 10 тыс. трудоспособного населения. Из числа работающих признаны инвалидами I группы — 1 пациент, II — 8 и III — 14 человек.

Инвалидами чаще всего становились пациенты из-за позднего взятия их на диспансерный учет с впервые выявленной глаукомой в 3 и 4 стадиях процесса. Среди последних преобладали городские жители — 58,7 %. Это говорит о недостаточном качестве оказываемой им до получения инвалидности офтальмологической помощи, только чуть больше половины пациентов, ставших впоследствии инвалидами, получали регулярное профилактическое лечение. Остальные имели его лишь в состоянии острого приступа или при резком снижении зрительных функций на один или оба глаза.

Выявлено, что больные глаукомой, ставшие впоследствии инвалидами, потеряли зрение через 10–15 лет после взятия их на диспансерный учет. Главной причиной инвалидности являлось общее заболевание (98,8 %), трудовое увечье составило 0,7 %. Среди впервые освидетельствованных 1 пациент имел инвалидность с детства, еще 1 инвалид ВОВ.

Из числа переосвидетельствованных I группу имели 4,4 % пациентов, II — 43,8 % и III — 51,4 %. Из 477 человек признано инвалидами 460 (из них I группы — 36,1 %, II — 30,0 % и III — 33,9 %), из которых 65 работающих. В результате переосвидетельствования инвалидность установлена бессрочно 71,5 % пациентов. Группа инвалидности повышена 209 пациентам (в т.ч. III — 36,8 %, II — 63,2 %). Признано трудоспособными 17 человек. Результаты переосвидетельствования лиц трудоспособного возраста представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение признанных инвалидами в трудоспособном возрасте при переосвидетельствовании по глаукоме

Год	Всего	Из них		Показатели		
		II группы	III группы	утяжеления	частичной реабилитации	полной реабилитации
2008	47	5	37	4,5	10,0	4,1
2009	38	11	23	14,0	0,0	15,6
2010	38	12	24	13,2	22,2	7,3
2011	55	14	32	15,7	0,0	1,8
2012	56	18	29	19,6	0,0	1,8

Как видно из приведенной таблицы, в целом, среднегодовой показатель утяжеления инвалидности по глаукоме составил 13,4, среднегодовые показатели частичной и полной реабилитации — 6,44 и 6,12 соответственно.

Социальная защита и помощь больным и инвалидам вследствие глаукомы зависит от проведения организационно-массовых мероприятий, направленных на профилактику, выявление и своевременное ее лечение. Основную роль здесь играет уровень санитарно-просветительных мероприятий и ознакомление населения с этим видом глазной патологии.

Сведения, полученные о лицах с далекозашедшей и абсолютной глаукомой, показали, что большинство больных своевременно не обратились к врачу из-за незнания признаков данного заболевания. Именно позднее обращение к врачу становится основной причиной первичной слепоты от глаукомы. Оптимизации состояния работы по профилактике слепоты от глаукомы можно добиться путем ознакомления населения через средства массовой информации.

Необходима разработка методических приемов для реабилитации, проведения профосмотров населения и диспансерного наблюдения за выявленными больными. До конца не выверенными остаются вопросы по ранней диагностике первичной глаукомы и методы оказания больным с данной патологией необходимой медицинской помощи.

Недоисследованы социальные факторы, определяющие группы риска и дающие возможность целенаправленного проведения профосмотров и сокращения материальных затрат на их осуществление. Недостаточно изучены аспекты социально-трудовой защиты инвалидов в связи с глаукомой, по нашим данным, порядка 70 % которых составляют лица пенсионного возраста.

Необходимость реабилитации больных и инвалидов относится к числу важнейших медико-социальных проблем современности, к решению которой привлечены усилия передовой общественности многих стран мира. В современном понятии социальная защита и помощь представляет собой систему деятельности, предусматривающую комплекс государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на сохранение здоровья, предупреждение утраты трудоспособности, а также возможное возвращение инвалидов к общественно-полезному труду.

Реабилитация глаукомных больных должна включать следующие основные этапы:

Первый этап реабилитации — это изучение категории лиц с тяжелыми зрительными нарушениями и определение контингента больных, нуждающихся в восстановительном лечении.

Второй этап реабилитации — это медицинская помощь, объединяющая все лечебные меры для восстановления здоровья инвалида. Важнейшей формой медицинской помощи является диспансерное наблюдение за инвалидами по зрению в связи с глаукомой.

Третий этап реабилитации — социальная помощь инвалидам, для него необходимы научные исследования в области социальной офтальмологии, предусматривающие рациональное трудоустройство слепых и слабовидящих в условиях современного индустриального производства. Совокупный анализ различных факторов дает возможность правильно ориентировать их дальнейшую трудовую деятельность.

В семидесятых годах прошлого века впервые была разработана научно обоснованная система трудового устройства инвалидов по зрению на предприятиях общества слепых, что обеспечило правильный выбор вида и условий труда в соответствии со зрительными возможностями инвалида и состоянием его здоровья.

Необходимо и в настоящее время широко использовать специальную систему, включающую медицинскую, психологическую, социологическую, идеологическую, профессионально-трудовую программы для восстановления трудоспособности инвалидов по зрению, в том числе и вследствие первичной глаукомы. Данная реабилитация будет способствовать восстановлению трудовой и общественной активности лиц со зрительными расстройствами. Также необходимо осуществлять профессиональное обучение инвалидов для приобретения ими доступных и показанных им профессий с учетом бывших специальностей.

Профессиональная реабилитация инвалидов должна базироваться на исследованиях в области офтальмологии, офтальмоэргономики, физиологии труда и других областях знаний. Особое внимание должно уделяться качеству и рациональности трудового устройства инвалидов I и II групп, работающих на производственных предприятиях общества слепых, где им создаются специальные условия, учитывающие функциональные возможности незрячих.

Социальными факторами, препятствующими трудовой деятельности инвалидов вследствие глаукомы, следует считать сложность их трудового устройства из-за низкого уровня образования и квалификации, преклонного возраста и плохого здоровья.

Заключение

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о необходимости проведения мер, способствующих предупреждению слепоты и инвалидности в связи с глаукомой:

- улучшение санитарно-просветительной работы, особенно среди лиц, занятых физическим трудом;
- активная диспансеризация населения с целью раннего выявления глаукомы с широким применением скрининговых методик;
- организация эффективного диспансерного обслуживания выявленных глаукомных больных со своевременным проведением оперативного (лазерного и хирургического), а также терапевтического методов лечения.

Среди инвалидов с данной патологией необходимо улучшить работу по оказанию им социальной защиты и помощи. Реализация этих мер будет способствовать решению важнейшей задачи по профилактике и снижению слепоты и инвалидности от глаукомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров, У. А. Внутриглазное давление и толщина роговицы / У. А. Егоров, М. В. Васина // Глаукома. — 2006. — № 2. — С. 34.
2. Копыток, А. В. Состояние первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Республике Беларусь / А. В. Копыток, Г. Т. Абдыракунова // Актуальні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок офтальмопатології: мат. наук.-практ. конф. — Дніпропетровськ, 2003. — С. 23–24.

3. Копыток, А. В. Структура и динамика первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Республике Беларусь и Кыргызской Республике / А. В. Копыток, Г. Т. Абдыракунова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Межведомственный сборник работ. — Днепропетровск, 2003. — Вып. 32. — С. 142–147.

4. Островский, А. М. Эпидемиология инвалидности вследствие патологии органа зрения в Гомельской области / А. М. Островский // Проблемы и перспективы развития современной медицины: сборник науч. ст. V Республиканской науч.-практ. конф. с международным участием студентов и молодых ученых, Гомель, 7–8 мая 2013 г. / ГомГМУ; редкол.: А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель, 2013. — С. 134–136.

УДК 616.24-002-002-08

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ *A. BAUMANNII*

Палковский О. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Нозокомиальные инфекции являются одной из основных проблем любого современного стационара. Их развитие наблюдается примерно у 2 миллионов пациентов ежегодно как в США, так и в странах Западной Европы. По экспертной оценке специалистов, в Российской Федерации нозокомиальные инфекции переносят 2–2,5 миллиона пациентов в год. В Республике Беларусь ежегодно регистрируется 261–1500 случаев заболевания нозокомиальными инфекциями, однако, принимая во внимание данные зарубежных авторов, существует высокая вероятность того, что уровень заболеваемости нозокомиальными инфекциями в Республике Беларусь превышает указанные значения [1].

Acinetobacter baumannii вызывает 1–3 % всех нозокомиальных инфекций и 2–10% инфекций, вызываемых грамотрицательными микроорганизмами, в Европе и США. В России *A. baumannii* является третьим по частоте (16,3 %), после *P. aeruginosa* и *K. pneumoniae*, грамотрицательным возбудителем нозокомиальных инфекций. Проблема инфекций, вызываемых *A. baumannii*, становится все более актуальной из-за высокой резистентности данных микроорганизмов к антибиотикам, что затрудняет подбор адекватного режима антибактериальной терапии [2].

Цель работы

Сравнительный анализ данных по резистентности госпитальных штаммов, с дальнейшей разработкой локальной стратегии применения антимикробных средств в стационаре.

Материал и методы

Проводился анализ историй болезни пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии У «ГОКБ» с подтвержденной микробиологической лабораторией стационара ацинетобактерной инфекцией. Проводилось сравнение результатов, полученных сотрудниками клинико-диагностической лаборатории У «ГОКБ» с помощью специализированного программного пакета (WHONET 5), с данными мировых и российских исследований.

Результаты и обсуждения

Резистентность *Acinetobacter* определялась в ходе ряда крупных международных (MYSTIC), российских (РЕВАНШ, РЕЗОПТ, NPRS-3) государственных, а также индивидуальных исследований. К сожалению, подобные исследования в Беларуси проводились только в ряде клиник Минска и Могилева. Согласно результатам таких исследований выявляется все возрастающая роль *Acinetobacter* в качестве возбудителя нозокомиальных инфекций (особенно проблемным в отделениях реанимации и интенсивной терапии и хирургического профиля): от единичных случаев 70–80-х гг. прошлого века до 10–15 % всех нозокомиальных инфекций сейчас [3].

Все эти исследования показывают значительную устойчивость *Acinetobacter baumannii* практически ко всем цефалоспорином, в т. ч. III и IV поколений (цефтазидим