

сильной и более разнообразной стимуляции иммунитета с использованием антигенных (*ликопид, рибомунил, УФО крови*), химических (*полиоксидоний, милайф, неовир, циклоферон, глутоксим*) и природных (*деринат, миелопид, беталайкин, лейкоинферон*) по происхождению агентов.

В дальнейшем при полном заживлении ран и купировании последствий инфекционных осложнений основная задача иммунотерапии состоит в создании благоприятного режима завершения репарации: уменьшении вероятности образования спаек, снижении болевых ощущений и сокращения сроков полноценного восстановления функций поврежденных органов. Для этих целей необходимо применение активаторов репарации (*деринат, солкосерил/актовегин, лазерное облучение крови, растительные иммуномодуляторы, местная физиотерапия*).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ

Ермолаев В.Г., Ермолаев А.В., Ермолаев С.В.,
Миرونюк Н.Г.

*Астраханская государственная медицинская
академия
Астрахань, Россия*

Исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволяющий принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Оно позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья.

Глаукома, является серьезным заболеванием, занимающим ведущее место среди причин слепоты и слабовидения. В связи с этим, изучение качества жизни у этой категории больных имеет важное значение в ходе решения вопросов диспансеризации и реабилитации.

Целью настоящего исследования являлось изучение качества жизни у больных с первичной глаукомой.

Методом анкетирования с использованием специально разработанного опросника проводилось исследование качества жизни у 620 пациентов с глаукомой. На снижение данной характеристики здоровья пациента указывает его субъективная оценка своего зрения, уровень расстройства зрительных функций. В процессе настоящего исследования было выявлено, что 92,4% пациентов оценили состояние своего зрения как «плохое» или «посредственное» и лишь 7,6% – как «хорошее». Несмотря на то, что среди респондентов были пациенты с остротой зрения равной единице, ни один из пациентов не оценил свое зрение – как «отличное». В данном случае важное значение имеют вопросы психологической реабилитации больных, поскольку сам диагноз глаукомы вызывает у пациентов чувство напряжения,

страха и безысходности. На самом деле пациенты с глаукомой в большинстве случаев находятся в таком возрасте, когда помимо основного заболевания у них имеется сопутствующая глазная патология: катаракта, пресбиопия, миопия, гиперметропия, заболевания сетчатки и др.

К факторам, влияющим на качество жизни у больных глаукомой можно отнести также необходимость постоянного, регулярного применения местных лекарственных средств, что вызывает у больных чувство недовольства и раздражения, изменяет привычный образ жизни и ведет к снижению качества жизни. В связи с этим часть пациентов не регулярно закапывают назначенные им местные гипотензивные препараты и объясняют это тем, что не видят положительного эффекта от назначенного лечения.

В процессе исследования было выявлено, что около 20% пациентов не могут самостоятельно и регулярно использовать глазные капли и должны прибегать к помощи постороннего человека. Примерно столько же респондентов нуждаются, по состоянию своего зрения, в постоянном уходе другого человека (родственника или сиделки).

Около 30% пациентов испытывают трудности из-за состояния своего зрения, при попытке самостоятельно вымыться, одеться, при уборке квартиры, при приготовлении пищи. До 87% респондентов отмечали затруднения при чтении книг, журналов, газет в условиях оптимальной оптической коррекции зрения, а также при просмотре телепередач. Такое же количество больных глаукомой отмечали затруднения при выполнении мелкой домашней работы – вязание, пришивание пуговиц, мелкий ремонт мебели, домашней техники или аппаратуры, причем у половины из них имелись значительные затруднения.

При исследовании качества жизни пациентов с глаукомой вне дома (в условиях максимальной оптической коррекции) было выявлено, что около 60% пациентов испытывают затруднения при спускании по лестнице и 63,7% – при переходе через дорогу. Половина (50%) пациентов отметили наличие затруднений при прочтении названий магазинов, 54,8% пациентов – при подсчете денег, при распознавании купюр и монет, 84,3% испытывают сложности при прочтении ценников на прилавках магазинов. Самостоятельно поставить подпись на бланке затруднительно для 58,4% пациентов, из них около 20% испытывают значительные затруднения. Две трети пациентов испытывают трудности при проезде в наземных видах транспорта.

В ходе исследования 56,6% пациентов отметили, что вследствие заболевания у них возникли затруднения при выполнении своей работы или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего им пришлось увеличить количе-

ство времени, затрачиваемого на работу или другие дела.

Таким образом, результаты, полученные в ходе проведенного исследования, позволяют говорить о снижении качества жизни больных глаукомой в быту, вне дома и на работе. Факторами, влияющими на качество жизни у больных глаукомой, могут быть наличие «психологического давления» диагноза глаукомы на сознание больного, необходимость постоянного использования местных лекарственных препаратов, невозможность приобретения современных дорогостоящих препаратов, побочное действие некоторых гипотензивных препаратов.

(Научно-исследовательский проект № 07-06-00617а, поддержан грантом РГНФ)

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИИ И УСЛОВИЙ ТРУДА СПЕЦИАЛИСТОВ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

Занина М.Я.

*Кафедра гигиены Ростовского государственного
медицинского университета
Ростов-на-Дону, Россия*

Несмотря на многочисленность профессиональной группы специалистов Роспотребнадзора, систематизированная и комплексная оценка содержания и режима их работы, а также состояния их здоровья до настоящего времени не проводилась. Следует отметить, что в последнее время сильно изменился характер и содержание работы «бывших санитарных врачей» – нынешних специалистов Роспотребнадзора (РПН). Исследование содержания и условий труда позволяет определить потенциальные факторы риска здоровью специалистов РПН.

Основным объектом исследований были условия труда, содержания и особенностей деятельности 416 специалистов Управлений Роспотребнадзора и ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» ряда территорий Южного федерального Округа; исследования проводились методом анонимного опроса по специально разработанной анкете.

Результаты анкетирования показали, что 346 специалистов разного уровня (83,2%) работали в Управлениях Роспотребнадзора (УР) и 70 специалистов (16,8%) – в основном врачи – работали в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» (ФГУЗ). Среди обследованных было 67 мужчин (16%) и 349 женщин (84%), причем в половом аспекте обследованные представители УР и ФГУЗ были распределены примерно одинаково ($p > 0,05$). Из всех обследованных специалистов в учреждениях Роспотребнадзора 128 человек (30,8%) имели среднее специальное образование и 288 (69,2%) – высшее специальное (в основном медицинское) образование. Наиболее представительной группой из перечисленных лиц были

женщины – специалисты с высшим образованием (233 человек), из которых 174 (74,7%) работали в Управлении Роспотребнадзора и 59 (25,3%) – в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии».

Из результатов анкетирования следует, что при формальной продолжительности рабочего дня специалистов УР 8,0 часа его реальная продолжительность составляет в среднем 9,25 часа, т.е. «переработка» в среднем составляет 1,25 часа или 15,6%. Средняя продолжительность рабочего дня у специалистов ФГУЗ (и формальная – 7,2 часа, и реальная – 7,9 часа) достоверно меньше, чем у их коллег – специалистов из УР; «переработка» в среднем составляет 0,7 часа или 9,7%. Специалисты со средним специальным образованием имеют достоверно меньшую реальную продолжительность рабочего дня как в УР (8,7 часа), так и в ФГУЗ (7,6 часа; все $p < 0,05$) по сравнению со специалистами с высшим образованием. Отметим, что среднее время «переработки» специалистов со средним специальным образованием составляет ежедневно в УР 0,7 часа (8,8%), в ФГУЗ около 0,4 часа (5,6%).

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что в среднем обследованные специалисты УР больше всего времени (25,9% – 1-е место) в своей работе уделяют «государственному надзору и контролю за соблюдением санитарного законодательства и законодательства в сфере защиты прав потребителей», 13,5% времени (2-е место) отводится на «составление и оформление документации (по любым вопросам)», 9,2% времени (3-е место) – на «организацию проведения мероприятий по профилактике инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) людей», 5,8% (4-е место) – на «работу с обращениями граждан», 5,6% (5-е место) – на «ведение государственного учета и статистической отчетности».

Специалисты ФГУЗ, в отличие от их коллег из УР в ответах на вопросы анкеты отметили, что больше всего времени (33,3%) тратят на «проведение лабораторных и инструментальных исследований, измерений», 2-е место (18,8%) – так же, как и у специалистов УР – в структуре рабочего времени занимает «составление и оформление документации (по любым вопросам)», по 5,5% времени (3-4-е места) уходит в среднем на проведение санитарно-эпидемиологических экспертиз и ведение социально-гигиенического мониторинга и 5,2% времени (5-е место) отводится на «ведение государственного учета и статистической отчетности».

Все это свидетельствует о том, что структура видов деятельности специалистов УР и ФГУЗ существенно различается, что позволяет ожидать и различия в факторах риска, с которыми сталкиваются в своей работе специалисты этих двух типов учреждений Роспотребнадзора.