

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ

Ермолаев В.Г., Сердюков А.Г., Ермолаев А.В.,
Ермолаев С.В.

*Астраханская государственная медицинская
академия
Астрахань, Россия*

По данным ВОЗ во всем мире наблюдается тенденция к постоянному росту количества слепых. Глаукома является второй по частоте после катаракты причиной потери зрения. В России она также на протяжении нескольких десятилетий по-прежнему продолжает оставаться одной из основных причин неизлечимой слепоты. В среднем около 10-15% слепых потеряли зрение от глаукомы. Почти в 2 раза (с 14% до 24%) в последние годы увеличилась доля глаукомы и в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней глаз. Общая заболеваемость населения старшей возрастной группы составляет в среднем 1,0-1,5%, доходя до 2,1%, а в возрасте 75 лет и старше до 10%.

Структура населения России такова, что самой быстрорастущей группой являются люди в возрасте старше 60 лет. К началу 90-х годов их число составило 16% населения. Процесс старения прогрессирует и ожидается, что к 2015-му году эта цифра увеличится до 20%. В связи с этим прогнозируется и рост числа больных глаукомой.

Для разработки адекватных мер, направленных на решение проблемы глаукомы, необходима информация об инвалидности как главном показателе медико-социальных последствий заболевания и нуждаемости инвалидов в реабилитационной помощи, которая формируется в региональных бюро медико-социальной экспертизы.

В данной работе приводятся результаты комплексного социально-гигиенического и клинико-офтальмологического обследования 570 больных и инвалидов с глаукомой, проведенного по материалам регионального бюро медико-социальной экспертизы.

Как показало настоящее исследование, при первичном освидетельствовании инвалидами I группы были признаны 25,1% обследуемых, II группы - 48,4%, III группы - 26,5%. Следовательно, у 73,5% больных уже при первичном освидетельствовании были установлены I и II группы инвалидности. Это является следствием недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий по сохранению зрения у данных пациентов и позднее направление их на медико-социальную экспертизу для реабилитации и социальной помощи.

Мужчины - инвалиды вследствие глаукомы составляли 57,9%, женщины - 42,1%. Из них

наиболее высока доля пенсионеров в возрасте 54-60 лет и старше (66,3%). По мере увеличения возраста среди больных трудоспособного возраста отмечалось динамическое увеличение экстенсивных показателей (до 40 лет - 2,63%; 40-49 лет - 13,1%; 50-54 г. - 17,9%). У подавляющего большинства обследуемых пациентов (81%) причиной инвалидизации являлась первичная открытоугольная форма глаукомы, у 16,7% - вторичная и у 2,3% - врожденная.

Анализ показал, что больные с разной степенью ограничений жизнедеятельности и в зависимости от групповой инвалидной принадлежности отличаются по клиническим и некоторым другим характеристикам. Например, среди инвалидов I группы абсолютное большинство (84%) больных были в возрасте старше 70 лет, а продолжительность болезни от 5 до 10 лет. Из них, как показали анамнестические данные, только у 63% были проведены антиглаукоматозные операции. Однако данные реабилитационные мероприятия проводились либо слишком поздно, либо они оказались неэффективными для стабилизации процесса, также как и гипотензивная медикаментозная терапия. Вследствие указанных выше причин более чем у половины впервые проходящих освидетельствование в бюро МСЭ больных диагностировалась терминальная стадия глаукомы с полной двусторонней слепотой.

Среди инвалидов II группы 35,1% были в возрасте 50-70 лет, 60,8% - 70 лет и старше. Длительность заболевания у данного контингента составляла от 3 до 7 лет. Оперативное вмешательство проведено у 88% больных, среди них у 25,1% - лазерное.

В контингенте инвалидов III группы большинство (54,3%) больных имели возраст 40-60 лет, 43% - 60-70 лет и 2,7% - до 40 лет. Глаукомный стаж пациентов был в интервале - от 1 года до 7 лет. Среди данной категории больных 82,1% были прооперированы, в том числе 16,8% - с использованием лазерных хирургических методов.

Проведенный анализ динамики инвалидизации, по данным повторного освидетельствования через 2 года, показал, что среди инвалидов III группы с глаукомой относительная стабилизация заболевания без утяжеления инвалидности была констатирована лишь в 60,2% случаев. У 31,8% инвалидов ввиду дальнейшего прогрессирования глаукоматозного процесса была установлена II группа, а у 8,0% - даже I группа инвалидности.

В контингенте инвалидов II группы ввиду значительного ухудшения зрительных функций вплоть до полной слепоты в 24,6% случаев при повторном освидетельствовании была установлена I группа инвалидности.

Следует подчеркнуть, что в части случаев, особенно у пациентов старшего возраста (60-70 лет), ухудшение зрения и нарастающие ограничения жизнедеятельности были обусловлены не

только глаукомой, но и различной сочетанной офтальмологической патологией, преимущественно катарактой и дистрофией сетчатки, что требовало проведения соответствующих лечебных мероприятий.

Сравнительный анализ результатов обследования больных и инвалидов с глаукомой позволил выявить ряд факторов риска, которые являются наиболее важными в формировании признаков самой инвалидности. К данным факторам были отнесены следующие:

1. Возраст старше 65 лет;
2. Наличие сердечно-сосудистых заболеваний;
3. Место жительства, организация и доступность квалифицированной офтальмологической помощи на уровне поликлинического звена;
4. Характер профессиональной деятельности, трудовая занятость, доступность, возможность участия в трудовой деятельности или противопоказанность работы, наличие способностей к труду при различных вариантах и формах глаукомы;
5. Клинико-функциональные характеристики, главным образом стадия процесса и степень компенсации уровня внутриглазного давления;
6. Сроки и эффективность оперативного лечения, результативность которого у инвалидов с глаукомой значительно хуже, особенно при поздних сроках вмешательства;
7. Наличие глаукомы на обоих глазах.

Выявлены высокая потребность больных и инвалидов с глаукомой в различных мерах медико-социальной реабилитации. В частности, анализ показал, что в медицинской реабилитации, дальнейшем амбулаторном или стационарном лечении нуждались 94,7% данных лиц, а в социально-бытовой и социально-средовой адаптации 84,0% больных с впервые установленной I-II группой инвалидности. Около 64% из них нуждались в обеспечении тифлотехническими вспомогательными средствами. В контингенте инвалидов III группы, особенно трудоспособного возраста 28,5% была необходима профессионально-трудовая реабилитация.

Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения глаукомы, значительное расширение арсенала медикаментозных препаратов для консервативной терапии, отсутствие регулярных профилактических осмотров населения с учетом факторов риска развития глаукомы, низкое качество диспансерного наблюдения за больными глаукомой отрицательно сказываются на уровнях заболеваемости глаукомой, и, зачастую приводят к слепоте и инвалидности вследствие данного заболевания.

Результаты настоящего исследования лишней раз доказывают актуальность и обуславливают высокую социальную значимость проблемы глаукомы, указывают на необходимость

принятия соответствующих мер по координации усилий всех звеньев здравоохранения и социальной защиты населения, ученых и практических врачей с целью совершенствования методов профилактики, лечения глаукомы и предупреждения таких тяжелых медико-социальных ее последствий, как слепота и инвалидность.

ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ УСТОЙЧИВОГО СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ

Каракашьян Э.М.

Аспирант ЦПК Педагогического института

ЮФУ

Ростов-на-Дону, Россия

Эффективность социально-экономической политики государства во многом определяется устойчивым развитием общества и государства.

Люди всегда пытались выяснить, когда сохраняется устойчивость развития, а когда и при каких условиях она утрачивается, и к чему это приводит.

Важность решения подобных проблем обычно увеличивается в периоды смены направлений в развитии, значительных достижений в технике и науке, преобразовании общественных структур, реформировании государственного управления, территориальной организации. Данный процесс начинается с переосмысления практического опыта и теоретических концепций, обоснования сценариев, с уточнения характера предстоящих перемен, выдвижения гипотез, выявления форм устойчивого развития.

В период проведения экономических, управленческих реформ, состояние устойчивости нарушается.

Устойчивость представляет собой это относительную неизменность определенных параметров социально-экономической территориальной систем, возможность держать их в определенных рамках (позитивных, и негативных) при постоянно изменяющихся влияниях изнутри и извне.

Поэтому появляется определенная сложность в определении социально-экономической эффективности в период нарушения устойчивого развития, то есть в период проведения реформ.

За нижними границами реальной устойчивости появляется неустойчивость, где есть возможность спонтанного ухудшения социально-экономического положения в стране. Так, катастрофы как правило связываются с потерей определенных рычагов управления со стороны государства, региональных и муниципальных властей, деградацией и криминализацией регионального сообщества в целом.