



European Association of pedagogues
and psychologists "Science"

International scientific-practical forum of
pedagogues, psychologists and medics

October scientific
forum '15"

European Association of pedagogues and psychologists "Science"



International scientific-practical forum of pedagogues, psychologists and medics "October scientific forum '15"

the 15th of October 2015, Geneva (Switzerland)

International scientific-practical forum of pedagogues, psychologists and medics
[Text]: materials of proceedings of the International Scientific and Practical
Forum.

ISBN 9787637903669

International scientific-practical forum of pedagogues, psychologists and medics
"October scientific forum '15 ", the 15th of October, 2015, Geneva
(Switzerland).

Geneva (Switzerland), the 15th of October, 2015/ Publishing Center of the
European Association of pedagogues and psychologists "Science", Geneva, 2015,
p. 197

Information about published articles is regularly provided to Russian Science
Citation Index (Contract No 14395).

Any reproduction or distribution of the materials published in this publication is
allowed only with the written permission of the authors.

Abstracts presented in author's edition as of the international and national
legislation on the date of the Congress.

Published in author's edition.

Editorial department is not responsible for the contents.

ISBN 978-7-637903-66-9



9 787637 903669

© Authors, 2015
© the European Association of pedagogues and psychologists "Science"

Direction 3: «Medical sciences»**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ****Варивончик Д.В.,***Завідувач кафедри медицини праці, психофізіології та медичної екології
НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор мед.наук, професор***Мішенін А.Б.***Старший викладач кафедри медицини праці,
психофізіології та медичної екології НМАПО імені П.Л. Шупика*

Глаукома – одна з провідних причин необоротної сліпоти і слабкозористі серед дорослого населення не тільки України, але і багатьох економічно-розвинутих країн світу. Соціальний збиток, який приносить ця патологія, не обмежується лише інвалідністю. Глаукома призводить до втрати або зниження кваліфікації багатьох хворих, кількість яких значно перевищує число інвалідів внаслідок цього захворювання [8, 19].

В даний час, проблема медичної реабілітації хворих з первинною глаукомою з використанням методів санаторно-курортного та фізіотерапевтичного лікування залишається найбільш невирішеною, в порівнянні з питаннями діагностики, фармакотерапії та хірургічного лікування даної патології. Це веде до того, що при вдалому зниженні внутрішньоочного тиску, в результаті реалізації комплексу медикаментозного та хірургічного лікування, у хворих з глаукомою не вдається відновити втрачені зорові функції – гостроту і поля зору, а так само – не вдається повністю запобігти каскадному прогресуванню основних патогенетичних механізмів розвитку глаукоми, що веде до рецидиву захворювання через певний період часу, а також не дозволяє забезпечити високий рівень якості життя хворих, із урахуванням їх соціально-психологічного стану, очікувань та сподівань, важкості захворювання.

Використання санаторно-курортних факторів для лікування хворих з різними видами глаукому вперше у світовій практиці було успішно розпочато в 1958 р. у санаторії «Пікет» курорту Кисловодськ (Російська Федерація), де за ініціативи Московського НДІ очних хвороб ім. Гельмгольца було організовано спеціалізоване очне відділення [16]. Крім санаторно-курортного лікування в офтальмології для лікування різних форм глаукоми використовуються різні фізіотерапевтичні методи, які є основою для реабілітації хворих у стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних умовах, а також у санаторних умовах кліматичних курортів, де відсутні природні бальнеологічні лікувальні фактори [4, 6, 11, 13].

Однак лікувально-реабілітаційні можливості курортології та фізіотерапії в комплексному лікуванні хворих на глаукому не використовуються повною мірою не в силу їх повної безперспективності, а головним чином – внаслідок малої вивченості та обізнаності про їх дію [1, 18]. Останніми десятиліття наукові дослідження щодо реабілітації хворих з глаукомою в Україні майже припинились, що значно погіршує подальший розвиток системи надання допомоги даній категорії офтальмологічних хворих. Все вище зазначене обумовило актуальність даного дослідження і визначило його

мету – розробити науково-обґрунтовану систему медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ).

Матеріали та методи. Зміст та етапи медичної реабілітації хворих на ПВКГ визначались відповідно до поділу хворих на 4-и когорти («А», «Б1», «Б2», «В»), відповідно до особливостей клінічного перебігу та використання у них базисних методів лікування, визначених «Протоколом надання медичної допомоги хворим з підозрою на глаукому», «Протоколом надання медичної допомоги хворим з первинною відкритокутовою глаукомою» (Наказ МОЗ України від 15.03.2007 № 117) та відповідно до рекомендацій ВООЗ [14] та загальноприйнятих в Україні етапів реабілітації [9, 10].

Для кожної когорти зазначених хворих на ПВКГ визначались завдання медичної реабілітації, що були диференційовані за спрямуванням на їх: соматичний стан та патологічний процес, психологічний та соціальний статус, відповідно до умов реалізації медичної реабілітації – амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, санаторні (місцеві та курортні) (відповідно до діючого Переліку закладів охорони здоров'я, Наказ МОЗ України 28.10.2002 № 385). Визначалась необхідність мультидисциплінарного підходу до реалізації заходів медичної реабілітації таких хворих.

На базі сучасної доказової бази щодо використання методів курортології та фізіотерапії у реабілітації хворих [2–5, 11–13, 15, 18], Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення» від 06.02.2008 р. та Наказ МОЗ України «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів» № 57 від 08.02.2008 р. проводилося наукове обґрунтування Програми медичної реабілітації хворих на ПВКГ, із врахуванням клініко-патогенетичних ефектів, які викликають ці методи лікування (природні, преформовані та інші).

Проводилась оцінка доцільності використання природних та преформованих лікувальних факторів у хворих на ПВКГ, з урахуванням показань та протипоказань до них, обумовлених наявністю супутньої соматичної (церебральний атеросклероз, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет II типу, ішемічна хвороба серця) та офтальмологічної (макулодистрофія, дегенеративна міопія, діабетична ретинопатія) патології. Для цього проводили оцінку кожного із методів лікування за коефіцієнтами: коефіцієнтом доцільності використання лікувального методу; коефіцієнтом клінічної ефективності лікування; коефіцієнтом фармакоекономічної ефективності [7, 17]. Відповідно до отриманих даних розроблялась Програми медичної реабілітації хворих на ПВКГ, відповідно до їх розподілу на когорти.

З метою оптимізації на наукових засадах критеріїв для раціонального відбору та направлення для медичної реабілітації хворих на ПВКГ проводився аналіз відмінностей між умовами реалізації заходів медичної реабілітації для таких хворих за медичними, економічними та соціально-психологічними аспектами (позитивними та негативними). Відповідно до чого проводилось обґрунтування показань для направлення хворих на ПВКГ різних когорт до санаторно-курортні заклади України, відповідно до наявності у них ліцензії МОЗ України для лікування хворих на офтальмологічну патологію. Визначались абсолютні та відносні показання для направлення хворих на ПВКГ різних когорт для реабілітації в амбулаторно-поліклінічних умовах та в умовах місцевих санаторіїв та санаторіїв курортів.

Результати дослідження та їх обговорення. Медична реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ) повинна бути інтегрована у всі етапи організації надання медичної допомоги хворим (від початку встановлення першого у житті діагнозу, до завершення життя хворого) і бути їх логічною складовою. При цьому, медичну реабілітацію не можливо розглядати ізольовано від всього лікувально-

діагностичного процесу, який реалізується протягом всього життя хворих на ПБКГ (діагностика, лікування, моніторинг). Однак при цьому, медична реабілітація хворих на ПБКГ має свою специфічну мету, завдання та методи, відмінні від лікувально-діагностичного процесу, що обумовлює її функціональне відокремлення у системі надання медичної допомоги офтальмологічним хворим. Тому заходи медичної реабілітації хворих на ПБКГ повинні реалізовуватись на базі амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних та санаторно-курортних лікувально-профілактичних закладів, відповідно етапу надання базової медичної допомоги. І основною метою медичної реабілітації хворих на (ПБКГ) є – підвищення якості їх життя завдяки реалізації завдань із:

- 1) стабілізації та / чи регресу існуючого патологічного процесу;
- 2) максимально можливого відновлення зорових функцій (в межах репаративних процесів та використання технічних пристроїв);
- 3) соціально-психологічної адаптації до змінених (хворобливих) умов життя;
- 4) раціонального працевлаштування (осіб працездатного віку);
- 5) реалізації заходів з профілактичної освіти, спрямованих на практику здорового способу життя та підвищення прихильності до по-життєвого лікування та медичного нагляду, з урахуванням стадії патологічного процесу, наявної супутньої патології, віку, статі, соціально-культурних, психологічних факторів хворого тощо.

Враховуючи існуючі на теперішній час напрямки лікування хворих на ПБКГ (пожиттєва фармакотерапія, лазерне та мікрохірургічне лікування), які пов'язані із індивідуальними особливостями перебігу патології, медична реабілітація повинна розглядатись диференційовано до когорт хворих, які визначаються саме використанням базисних методів лікування ПБКГ. Тому, доцільно виділяти такі когорти хворих на ПБКГ – що знаходяться:

- *когорта «А»* – на по-життєвій фармакотерапії (підлягають реабілітації в амбулаторно-поліклінічних та санаторно-курортних умовах);
- *когорта «Б1»* – у надранньому післяопераційному періоді, до зняття швів та закінчення гострого реактивного запалення в оперованих тканинах (з 1 по 14 день після операції – підлягають реабілітації в стаціонарних чи амбулаторно-поліклінічних умовах);
- *когорта «Б2»* – у ранньому післяопераційному періоді (з 15 доби до 2 міс. після операції – підлягають реабілітації в амбулаторно-поліклінічних чи санаторно-курортних умовах);
- *когорта «В»* – у пізньому післяопераційному періоді (з 2 до 6 міс. після операції, підлягають реабілітації в амбулаторно-поліклінічних та санаторно-курортних умовах).

Тобто, впродовж життя хворий на ПБКГ може знаходитись весь час у когорті реабілітації «А», чи при хірургічному лікуванні перейти послідовно у когорти «Б» та «В», а потім повернутись у когорту «А» (рис. 1).

Відповідно, завдання, методи, умови реалізації медичної реабілітації хворих на ПБКГ у когортах будуть різнитись. Тому, реалізація медичної реабілітації хворих на ПБКГ у когортах потребує мультидисциплінарної інтеграції, яка обумовлює створення нових функціональних типів у лікувально-профілактичних установах, у штат яких можливо включити весь спектр потрібних спеціалістів: лікарів – офтальмолога, терапевта, невропатолога, фізіотерапевта, рефлексотерапевта, психотерапевта, дієтолога, з лікувальної фізкультури (ЛФК), а також інших спеціалістів – психолога, соціального працівника, юриста, інженерів метеоролога та з медичної оптики. Такими новими функціональними типами у лікувально-профілактичних установах, які спеціалізуються на медичній реабілітації хворих на ПБКГ повинні стати офтальмологічні відділення ре-

абілітації, які можуть створюватись на базі амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних та санаторно-курортних закладів охорони здоров'я.

Враховуючи те, що санаторно-курортні умови є найбільшими за засоби та форми реабілітації хворих будь якої патології, їх можливо вважати еталонними для реалізації заходів медичної реабілітації. Так в санаторно-курортному лікуванні хворих на ПБКГ в теперішній час використовуються широкий спектр природних факторів (ландшафт, клімат, світло, вода) та методів фізіотерапії (штучно створюваних та преформованих фізичні факторів). Фізіотерапія є одним з істотних компонентів комплексного лікування хворих із глаукомою в санаторно-курортних закладах. Використання окремих методів лікування, їх комбінація та дозування визначаються наявністю у хворого на ПБКГ ускладнень та супутньої патології, показаннями та протипоказаннями для їх застосування. Ці методи лікування та реабілітації можуть використовуватись не тільки в умовах санаторно-курортних закладів, а і в умовах амбулаторного лікування хворих на глаукому.

Проведено аналіз методів, що використовуються в санаторно-курортних умовах, з позиції їх впливу на різні патогенетичні ланки глаукоматозного процесу. Під час медичної реабілітації доцільно використовувати методи лікування, що оказують переважну специфічну, патогенетично-спрямовану дію на організм хворих:

– когорти «А» (що знаходяться на фармакотерапії) – судинорозширюючу, нейростимулюючу дію, стимулюють механізми саногенезу (регенерацію тканин, відновлення і компенсацію функцій, підвищують адаптацію організму до несприятливих факторів навколишнього середовища), оказують імуномодельючий ефект. Для цього найбільш доцільним є при ПБКГ використання наступних методів санаторно-курортного лікування: природні – кліматолікування (аеро-, геліо-, таласо-, спелеотерапія), бальнео-, гідротерапія, грязелікування, гірудотерапію, фіто-, аромотерапію; преформовані – електрофорез, електростимуляцію, Д'Арсанвалізацію, електросон, низькочастотну магнітотерапію, лазерну терапію, фонофорез; фармако-, антигомотоксичну терапію; рефлексотерапія; ЛФК; дієтотерапію;

– когорти «Б1» (у ранні терміни після хірургічного лікування) – аналгетичну, протизапальну, протинабрякову, седативну. Для цього найбільш доцільним є при ПБКГ використання наступних методів санаторно-курортного лікування: природні – кліматолікування (аеротерапія), гірудотерапію, фіто-, аромотерапію; преформовані – низькочастотну магнітотерапію, лазерну терапію, фонофорез; фармако-, антигомотоксичну терапію; рефлексотерапія; ЛФК; дієтотерапію;

– когорти «Б2» та «В» (у ранні терміни після хірургічного лікування) – аналгетичну, протизапальну, протинабрякову, седативну, судинорозширюючу, нейростимулюючу, що стимулюють механізми саногенезу, оказують імуномодельючий ефект. Для цього найбільш доцільним є при ПБКГ використання наступних методів санаторно-курортного лікування: природні – кліматолікування (аеро-, геліо-, таласо-, спелеотерапія), бальнео-, гідротерапія, грязелікування, гірудотерапію, фіто-, аромотерапію; преформовані – електрофорез, електростимуляцію, франклінізацію, електростатичний масаж, Д'Арсанвалізацію, електросон, низькочастотну магнітотерапію, лазерну терапію, фонофорез; фармако-, антигомотоксичну терапію; рефлексотерапія; ЛФК; дієтотерапію.

Проведеним дослідженням визначено, що всі хворі на ПБКГ мають супутню соматичну патологію, яка є фактором ризику виникнення глаукоми чи ускладнює її перебіг, а також яка є протипоказанням для використання ряду методів санаторно-курортного та фізіотерапевтичного лікування. Так частота такої патології становила: церебральний атеросклероз – початкова стадія – 78,5 % хворих, виражена – 21,5 %; ішемічна хворо-

ба серця – стенокардія – 48,5%, наслідки гострого інфаркту міокарду – 4,5 %; гіпертонічна хвороба – II стадії – 65,8 %, III – 34,2 %; цукровий діабет II типу – 7,0 %, порушення толерантності до глюкози – 18,0 %; макулодистрофія – 27,4 %; діабетична ретинопатія – 1,5 %, міопія ускладнена – 8,9 %, що потребувало аналізу використання методів медичної реабілітації з урахуванням індивідуальних протипоказань до них. Тому, проведено дослідження, щодо відбору використання серед хворих на ПМКГ природних та преформованих лікувальних факторів, з урахуванням протипоказань до них, які частіше зустрічаються серед даного контингенту хворих.

Дослідженням визначено, що з урахуванням протипоказань, обумовлених наявною супутньою патологією, для базисного санаторно-курортного лікування хворих на ПМКГ доцільним є використання наступних факторів:

- природних: кліматолікування (аеро-, геліо-, таласо-, спелеотерапія), фіто -, ароматерапії; гірудотерапії;
- преформованих: вплив на око – електростимуляція, лазерна стимуляція (низькоенергетична), магнітотерапія (постійна, імпульсна, низькочастотна), фонофорез; вплив на організм – аероіонотерапія, оксигенотерапія;

А також загальних обов'язкових методів лікування, відповідно до індивідуальних показань до їх використання: фармакотерапія, гомеопатія, антигомтоксична терапія; рефлексотерапія; психотерапія; ЛФК, теренкур; дієтотерапія.

При відсутності протипоказань також доцільним є використання додаткових лікувальних факторів:

- природних: бальнео-, гідротерапія; грязелікування (на область ока);
- преформованих: електрофорез (ока чи загальний), гальваногрязь (ока), електросон; вплив на комірцеву зону, ділянку голови, ока – ультратонотерапія, Д'Арсанвалізація.

З метою оцінки економічної доцільності використання зазначених методів санаторно-курортного лікування хворих на ПМКГ проведено фармакоеконімічне дослідження, із розрахунком коефіцієнту фармакоеконімічної ефективності кожного із методів лікування. Результати проведеного дослідження дозволили розподілити всі методи за клінічною та фармакоеконімічною доцільністю їх використання.

Відповідно до отриманих даних стало можливим науково обґрунтувати вибір методів медичної реабілітації для хворих на ПМКГ із різних когорт, відповідно до очікуваного впливу на патогенез, клінічний перебіг захворювання та наявності супутньої патології у них. А також стало науковою основою для розробки програми реабілітації хворих із ПМКГ на всіх етапах надання їм медичної допомоги – амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному та санаторно-курортному, з урахуванням стадії глаукоматозного процесу, і узагальнення показань й режимів дозування для методів лікування, що включені у Програму медичної реабілітації хворих на ПМКГ.

Враховуючи існуючі медичні, економічні та соціально-психологічні відмінності між реалізацією медичної реабілітації хворих на ПМКГ в санаторно-курортних та амбулаторно-поліклінічних умовах існує потреба у науково-обґрунтованому раціональному доборі хворих. Так лікування в санаторно-курортних умовах є більш сприятливим для осіб із ПМКГ:

- що не мають вираженої за тяжкістю соматичної патології;
- працездатного та пенсійного віку, які мають достатні ресурси для оздоровлення;
- що не мають соціально-психологічних зобов'язань перед іншими особами та обставинами;
- на яких впливають інтенсивні стресогенні фактори;

А лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах є більш сприятливим для осіб із ПВКГ:

- що мають виражену за тяжкістю та несприятливим перебігом соматичну патологію;
- які мають значні фінансові обмеження (безробітні, безхатні, інваліди, малозабезпечені тощо);
- мають виражені соціально-психологічні зобов'язань перед іншими особами та обставинами.

Медичні (офтальмологічні) показання для лікування хворих на ПВКГ у зазначених санаторно-курортних закладах (місцевих та курортів) наведені у табл. 1.

Облік безпосередніх результатів санаторно-курортного лікування повинний вести лікар санаторно-курортної установи, а віддалених результатів (тривалість і рівень досягнутого лікувального і профілактичного ефекту) – лікуючий лікар-офтальмолог за місцем постійного проживання або роботи хворого, після повернення його з курорту або з місцевого санаторію.

Після санаторно-курортного лікування результат є позитивним, якщо:

- зменшується або зникає запальна реакція ока;
- підвищується гострота зору;
- розширюються поля зору;
- нормалізується рівень та добові коливання внутрішньо-очного тиску;
- позитивні зміни в об'єктивному офтальмологічному статусі;
- покращення загального стану здоров'я, психічного статусу.

Висновки. Медична реабілітація хворих на ПВКГ повинна бути інтегрована у всі етапи організації надання медичної допомоги хворим і бути їх логічною складовою. Така медична реабілітація має свою специфічну мету, завдання та методи, відмінні від лікувально-діагностичного процесу, що обумовлює її функціональне відокремлення у системі надання медичної допомоги офтальмологічним хворим, і її заходи повинні реалізовуватись на базі амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних та санаторно-курортних лікувально-профілактичних закладів, відповідно етапу надання базової медичної допомоги хворим на ПВКГ.

Санаторно-курортні умови, за наявними у них засобами та формами, можливо вважати еталонними для реалізації заходів медичної реабілітації хворих на ПВКГ. За рахунок методів, видів лікування, що використовуються у цих умовах, можна ефективно впливати на різні патогенетичні ланки глаукоматозного процесу.

У визначених когортах хворих на ПВКГ показана доцільність, потреби та можливості використання природних та преформованих лікувальних факторів, з урахуванням доказових даних щодо їх патогенетичної спрямованості, клінічної ефективності та фармакоекономічної доцільності, наявності клінічних протипоказань, що стало науковою основою для розробки диференційованих програми реабілітації хворих на ПВКГ на всіх етапах надання їм медичної.

Обґрунтовано критерії (абсолютні та відносні) раціонального добору хворих для медичної реабілітації в амбулаторно-поліклінічних та санаторно-курортних умовах (місцевих та курортів), які враховують медичні (соматичні та офтальмологічні), економічні та соціально-психологічні аспекти хворого.

В цілому, результати проведеного дослідження дозволили наукового обґрунтувати організаційну систему медичної реабілітації хворих на ПВКГ і рекомендувати її для впровадження в Україні для надання медичної допомоги відповідному контингенту хворих.

Література

1. Алибекова Ж.О. Концептуализация последипломного образования бальнеологов по проблеме реабилитации в здравницах юга России пациентов после экстракции катаракты на глаукомных глазах / Ж.О. Алибекова // Гуманиз. образов. – 2011. – №1. – С. 108–112.
2. Бокша В.Г. Медицинская климатология и климатотерапия / В.Г. Бокша, Б.В. Богуцкий. – Киев: Здоровье, 1980. – 262 с.
3. Бокша В.Г. Справочник по климатотерапии / В.Г. Бокша. – К. Здоровье, 1989. – 204 с.
4. Вайнштейн Е.С. Физиотерапия в офтальмологии / Е.С. Вайнштейн, Л.В. Зобина // Курортология и физиотерапия: в 2 т. – М.: Медицина, 1985. – Т.2. – С. 566–589.
5. Глаукома / Рекомендовані стандарти санаторно-курортного лікування // За ред.: Е.О. Колесника, К.Д. Бабова, М.П. Дриневського. – К., 2003. – С. 196–197.
6. Данчева Л.Д. Критерии оценки эффективности лечения глаукомных больных / Л.Д. Данчева // Офтальмол. журнал. – 1981. – № 8. – С. 491–495.
7. Заліська О.М. Теоретичні основи та практичне використання фармакоекономіки в Україні: Автореф. дис... д-ра фарм. наук / О.М. Заліська. – Львів. – 2004. – 33 с.
8. Конах В.Н. Анализ структуры заболеваемости глаукомой по данным Киевского городского глаукомного диспансера / В.Н. Конах // Матер. 1-ї міжнар. конф. : Сучасні аспекти судинно-ендокринних захворювань органу зору : Діагностика, профілактика, засоби лікування. – К., 2000. – С. 50.
9. Медична реабілітація в санаторно-курортних закладах ЗАТ "Укрпрофоздоровниця" / Ред.: Е.О. Колесник. – К.: Купріянова, 2005. – 304 с.
10. Медична та соціальна реабілітація / Заг. ред.: І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко. – Т. : ТДМУ "Укрмедкнига", 2005. – 402 с.
11. Оковитов В.В. Методы физиотерапии в офтальмологии / В.В. Оковитов. – М. – 1999. – 158 с.
12. Основы курортологии / За ред.: М.В. Лободи, Е.О. Колесника. – К., 2003. – 512 с.
13. Паунова М. Глазные болезни / М. Паунова // Специальная физиотерапия / Под ред. Л. Николовой, Св. Бойкикевой. – София: Медицина и физкультура, 1974. – С. 349–373.
14. Предупреждение инвалидности и реабилитация / ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 1983. – 32 с.
15. Сосин И.Н. Физиотерапия глазных болезней / И.Н. Сосин О.Г. Левченко. – Ташкент : Медицина, 1988. – 215 с.
16. Супрун А.В. Курортные факторы Кисловодска в комплексном лечении больных первичной глаукомой : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Супрун. – Ярославль, 1964. – 13 с.
17. Трохимчук В.В. Фармакоекономічні основи санаторно-курортного лікування хворих / В.В. Трохимчук, О.В. Кіскіна // Фарм. журн. – 2005. – № 5. – С. 17 – 21.
18. Черикчи Л.Е. Физиотерапия в офтальмологии / Л.Е. Черикчи. – К. : Здоров'я, 1979. – 143 с.
19. Чумаева Е.А. Комплексная оценка распространенности глаукомы / Е.А. Чумаева, Е.С. Либман // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2000. – №2. – С. 24–26.

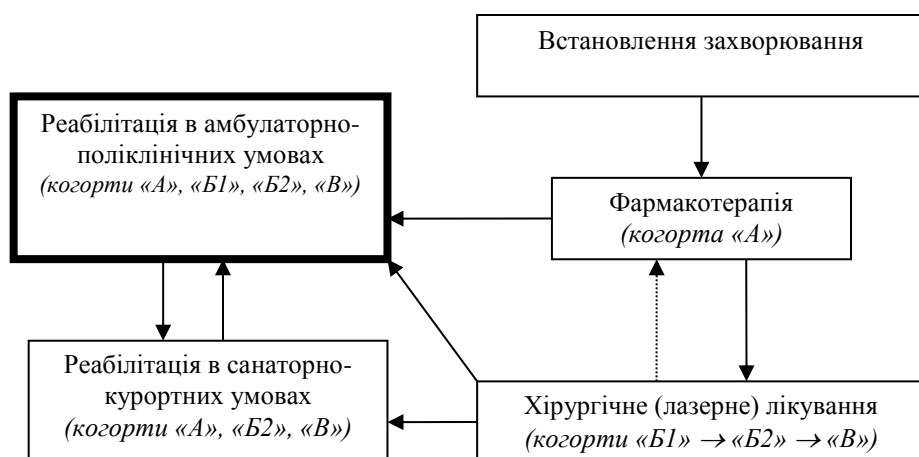


Рис. 1. Маршрут медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому

Таблиця 1
Показання для санаторно-курортного лікування хворих на первинну відкритокутову глаукому

Показання	Когорти хворих на ПВКГ		
	«А», «В»	«Б1»	«Б2»
Абсолютні	<p>Санаторій курорту: ПВКГ 0, I, II стадій з рівнем ВОТ ≤ 26 мм. рт. ст., без наявності важкої супутньої патології в стадії компенсації (чи / та без наявності післяопераційних ускладнень).</p> <p>Місцевий санаторій: ПВКГ 0, I, II стадій з рівнем ВОТ ≤ 26 мм. рт. ст., за наявності важкої супутньої патології в стадії компенсації (чи / та без наявності післяопераційних ускладнень).</p>	<p>Санаторій курорту: Не показано лікування.</p> <p>Місцевий санаторій: ПВКГ II, III стадій, після хірургічного лікування через 15 днів – 2 місяці, з рівнем ВОТ ≤ 26 мм. рт. ст., без наявності ускладнень чи / та з важкої супутньої патології в стадії компенсації.</p>	<p>Санаторій курорту: ПВКГ II стадії з рівнем ВОТ ≤ 26 мм. рт. ст., через 2 місяці після хірургічного лікування, без наявності ускладнень чи / та важкої супутньої патології в стадії компенсації.</p> <p>Місцевий санаторій: ПВКГ II стадії з рівнем ВОТ ≤ 26 мм. рт. ст., через 2 місяці після хірургічного лікування, з наявними ускладненнями чи / та важкою супутньою патологією в стадії субкомпенсації.</p>

Відносні	<p>Санаторій курорту: ПВКГ III стадії з рівнем ВОТ \leq 26 мм. рт. ст., без наявності важкої супутньої патології в стадії компенсації (чи / та без наявності післяопераційних ускладнень).</p>	<p>Санаторій курорту: Не показано лікування.</p>	<p>Санаторій курорту: ПВКГ III стадії з рівнем ВОТ \leq 26 мм. рт. ст., через 2 місяці після хірургічного лікування, без наявності ускладнень чи / та важкої супутньої патології в стадії компенсації.</p>
	<p>Місцевий санаторій: ПВКГ 0, I, II стадії з рівнем ВОТ \leq 26 мм. рт. ст., за наявності важкої супутньої патології в стадії субкомпенсації (чи / та з наявними післяопераційними ускладненнями).</p>	<p>Місцевий санаторій: ПВКГ II, III стадії, після хірургічного лікування через 15 днів – 2 місяці, з рівнем ВОТ \leq 26 мм. рт. ст., з наявними ускладненнями чи / та важкою супутньою патологією в стадії субкомпенсації.</p>	<p>Місцевий санаторій: ПВКГ III стадії з рівнем ВОТ \leq 26 мм. рт. ст., через 2 місяці після хірургічного лікування, з наявними ускладненнями чи / та важкою супутньою патологією в стадії субкомпенсації.</p>



CONTROL OF CARCINOGENIC RISKS IN THE WORKPLACE IN HEALTH CARE

УПРАВЛІННЯ КАНЦЕРОГЕННИМИ РИЗИКАМИ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Varyvonchuk D.V.

Head of the Department of Occupational Medicine, Psychophysiology and Medical Ecology P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education (Kyiv), Dr. Med. Sc., Prof.

Shevchenko V.I.

SI «Institute for Occupational Health of NAMS of Ukraine» (Kyiv)
e-mail: dv7@ukr.net

Варивончик Д. В.

завідувач кафедри медицини праці, психофізіології та медичної екології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ), д. мед. н., проф.

Шевченко В. І.

аспірант ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» (м. Київ)
e-mail: dv7@ukr.net