

ки требуют выбор из нескольких вариантов, например, «Excellent» (Отлично), «Good» (Хорошо), «Fair» (Удовлетворительно), «Worse» (Хуже, чем было), «Needs Improvement» (Требуется совершенствования); «Very Satisfactory» (Очень удовлетворительно), «Somehow satisfactory» (Так или иначе удовлетворительно), «Not too satisfactory» (Не очень удовлетворительно); «Strongly Disagree» (Полностью не согласен), «Disagree» (Не согласен), «Agree» (Согласен), «Strongly Agree» (Полностью согласен); «Always» (Всегда), «Often» (Часто), «Rarely» (Редко), «Never» (Никогда); «Frequently» (Часто), «Occasionally» (Время от времени), «Don't Know» (Не знаю); «No, not at all» (Нет, совсем нет), «No, not much» (Нет, не так много), «Yes, sometimes» (Да, иногда), «Yes, definitely» (Да, определенно); «Not bothered» (Не беспокоит), «Bothered a little» (Немного беспокоит), «Bothered a lot» (Сильно беспокоит). Используются также шкалы от 1 до 5 или от 1 до 10.

Заключение

Таким образом, все вышеизложенное дает основание утверждать, что в зарубежном здравоохранении, в отличие от российской практики, представлена хорошо и детально разработанная система вопросников, что позволяет гарантировать сбор подробного анамнеза пациентов и является одним из аргументов в пользу врача в случае судебного иска. Данный аналитический обзор может стать стимулом составления русскоязычных вопросников для пациента с учетом зарубежной практики.

Список литературы

1. http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_malpractice. 10.10.2011.
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Never_events. 11.10.2011.
3. <http://www.hunterdonhealthcare.org/hmc.asp>. 12.10.2011.
4. <http://www.gofal.co.uk/knowledgeQuestionnaires.htm>. 13.10.2011.
5. <http://www.mayoclinic.com/> 14.10.2011.
6. http://en.wikipedia.org/wiki/Online_questionnaires 15.10.2011.
7. <http://www.samplequestionnaire.com/patient-satisfaction-survey-questionnaire-2.html> 16.10.2011.
8. <http://www.patient.co.uk/doctor/Patient-Satisfaction-Assessing-and-Achieving?.htm> 17.10.2011.
9. http://www.reportfordoc.com/sample_questionnaire.php 18.10.2011.
10. <http://www.pennine-gp-training.co.uk/PSQ---patient-handout.pdf> 19.10.2011.

Сведения об авторе

Головин Владимир Алексеевич – кандидат филологических наук (научные специальности: 10.02.04 – германские языки и 10.02.20 – сравнительно-историческое, типологическое и сопоставительное языкознание), доцент кафедры иностранных языков, ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России.

E-mail: golovin_vladimir@list.ru.

Е.В. Исакова

РАБОТА С КОМПЬЮТЕРОМ И КОМПЬЮТЕРНЫЙ ЗРИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ

E. V. Isakova

WORK CONNECTED TO COMPUTER AND COMPUTER VISION SYNDROME

Кировская государственная медицинская академия

До 70% пользователей персонального компьютера страдают зрительным синдромом, и проблема со зрением и дискомфорт при работе с компьютером актуальны. Это профессиональное заболевание получило название «компьютерный зрительный синдром», или в английском варианте – Computer Vision Syndrome (CVS).

Ключевые слова: компьютерный зрительный синдром, синдром «сухого глаза», астигмения.

Up to 70% of PC users have vision syndrome and eye problems so discomfort while working with computer is popular. This professional disease is called «Computer Vision Syndrome (CVS).

Key words: computer vision syndrome, dry-eyes syndrome, asthenopia.

Введение

В мире по статистике до 70% пользователей персонального компьютера страдают компьютерным зрительным синдромом и проблема со зрением и дискомфортность при работе с ним очень актуальны. Так как научные сотрудники, преподаватели и лаборанты достаточно много времени проводят перед компьютером, осуществляя профессиональную деятельность, то данная проблема бывает им знакома. Это профессиональное заболевание получило название «синдром компьютерного зрения», или в английском варианте – Computer Vision Syndrome (CVS) [3]. Термин возник в конце 90-х, а сейчас имеет несколько вариантов – офисный синдром, синдром «сухого глаза».

Компьютерный синдром – напряженное состояние зрительной системы, вызванное длительной работой за компьютером на близком, фиксированном расстоянии, приводящее к зрительному утомлению, развитию привычного напряжения аккомодации, спазма аккомодации. В дальнейшем чего значительно снижается работоспособность, появляются головные боли, раздражительность, снижение остроты зрения. Уменьшение количества морганий приводит к нарушению слезной пленки (своеобразной «смазки» роговицы), развивается синдром «сухого глаза» или «офисного глаза». Появляется покраснение глаз, чувство сухости и инородного тела.

Симптомы этого синдрома условно делим на две группы:

1. зрительные – связаны с ухудшением зрения;
2. глазные – с неприятными ощущениями в глазах, синдром «сухого глаза» [1, 7].

Зрительная симптоматика:

- ухудшение зрения;
- замедление перефокусировки с ближних предметов на дальние и обратно (нарушение аккомодации);

- двоение в глазах;
- появление быстрой утомляемости при чтении;

- кроме того, при CVS возникает зрительный эффект Мак-Калаха. Если быстро перевести взгляд с экрана на черный или белый предмет, он «окрашивается» в цвет, который доминировал на экране.

Глазная симптоматика:

- чувство жжения в глазах;
- «песок» под веками;
- боли в области глазниц и лба;
- боли при движении глаз;
- покраснение глаз.

Многие постоянные пользователи персональных компьютеров начинают жаловаться на дискомфорт в течение 4–6 часов работы за монитором. Необходимо помнить, что меньшую нагрузку на зрение оказывает считывание информации с экрана дисплея, большую – ее ввод. Самое сильное утомление вызывает работа в диалоговом режиме и компьютерная графика.

Причины развития компьютерного зрительного синдрома

Видеомониторы, или дисплеи, персонального компьютера бывают разными, выполненными на электронно-лучевых трубках, с использованием жидких кристаллов, плазменными, но все они являются потенциальными источниками мягкого, рентгеновского, ультрафиолетового, инфракрасного, радиочастотного, сверх- и низкочастотного электромагнитного излучения. Опасность представляет не столько излучение, сколько зрительное напряжение, возникающее при работе с дисплейным изображением. Дело в том, что зрительная система человека, в течение миллионов лет эволюции воспринимающая предметы исключительно в отраженном свете, оказалась плохо приспособленной к считыванию информации с дисплея. Изображение на светящихся экранах телевизоров и дисплеев принципиально отличается от букв и рисунков на листе бумаги. Изображение букв, цифр и рисунков на экране дисплея составлено не из непрерывных линий, как на бумаге, а подобно мозаике из дискретных точек, светящихся и мерцающих – пикселей. Четких границ эти точки не имеют, а потому знаки и линии гораздо менее контрастны, чем в книге. Изображение на экране сильно отличается от естественных объектов, так как оно самосветящееся, а не отраженное и имеет меньшую контрастность. Особенно вредны для зрения блики на экране монитора, неправильно выбранное расстояние от глаз до экрана, неудачные цвета. При работе с видеомониторами нужно правильно организовать рабочее место [4].

Астенопия (усталость глаз) – является разновидностью компьютерного синдрома [6]. Резь и боль в глазах, слезотечение, покраснение век и глазных яблок, боль в области лба, быстрая утомляемость

– все это явные признаки так называемой астенопии, нередко возникающей у пользователей компьютеров. Быстрое утомление глаз наступает во время зрительной работы, особенно при малом расстоянии от глаза до объекта. Астенопия – это не болезнь, а пограничное состояние. Однако если на нее не обращать внимания, то астенопия может перейти в более серьезные заболевания. Именно поэтому важно вовремя заняться этой проблемой и устранить ее. Обычно астенопия появляется у людей, которым приходится долго работать на компьютере или много читать – книги, брошюры или документы. Также причиной развития астенопии могут быть различные отклонения в зрении: дальновзоркость, близорукость, астигматизм или возрастные изменения, из-за которых глаз теряет возможность сфокусироваться на близлежащих предметах. Как правило, такие изменения начинают проявляться после 40 лет. Аккомодативная астенопия развивается вследствие утомления цилиарной мышцы глаза при ее чрезмерном напряжении, при дальновзоркости, астигматизме. Ослаблению цилиарной мышцы способствуют общие заболевания организма и интоксикации. Мышечная астенопия возникает иногда при врожденной слабости внутренних прямых мышц глаза, но чаще при некорригированной близорукости. Она может сопровождаться нарушением бинокулярного зрения и развитием косоглазия.

При регулярной и длительной работе с персональным компьютером необходимо пользоваться рядом правил для уменьшения компьютерного зрительного синдрома:

1. Комфортное рабочее место. Оно должно быть достаточно освещено, световое поле равномерно распределено по всей площади рабочего пространства, лучи света не должны попадать прямо в глаза.

2. Необходим компьютер с хорошим монитором и правильными настройками. Размеры монитора по диагонали лучше выбирать от 50 см и выше. На мониторе (не LCD) необходимо установить защиту от мелькания, выбрав соответствующие параметры. В частности, выберите максимальную частоту обновления экрана (не менее 85 Гц). Для LCD достаточно 60 Гц – его система сама поддерживает оптимальную частоту. На компьютере время от времени нужно проверять сохранность настроек. Обратите внимание на расстояние между пикселями на экране, то есть шаг расположения точек – чем оно ниже, тем отчетливее видимость. Для регулировки яркости и контрастности поможет белая страница на дисплее. Если она светится, значит, цвет слишком насыщен, необходимо его убавить, если кажется тусклой и серой – наоборот.

3. Оптимальным цветовым сочетанием для чтения считается традиционное – черный текст на белом фоне (как вариант, темный на светлом). Размер шрифта установи в интервале 12–14. Необходимо поддерживать чистоту экрана от пыли и налета – они ухудшают четкость изображения.

4. Правильно установите экран монитора (центр на 10–20 см ниже глаз пользователя).

5. Расстояние от пользователя до экрана – 60–70 сантиметров, при этом клавиатура, наоборот, должна располагаться в непосредственной близости – 30–40 сантиметров.

6. Необходимо отрегулировать настройки монитора так, чтобы яркость и контрастность были уменьшены до предела, при котором вам комфортно работать. При подборе светового режима дисплея необходимо учитывать то, что у людей после 40 лет возникают возрастные изменения в зрительной системе (сужение зрачка, пожелтение хрусталика, снижение зрительной активности и контрастной чувствительности сетчатки). Все это требует усиления яркости экрана и дополнительной освещенности рабочего места и текста на бумаге. Для более комфортного восприятия из настроек рабочего стола лучше убрать сине-фиолетовые цвета (они являются наиболее утомительными для глаз), а предпочтение отдать зелено-важно-коричневой гамме.

7. Время работы за компьютером, если возможно, не более 4 часов в день.

8. Обязательные паузы во время работы на близком расстоянии через каждые 20–30 минут.

9. Полезно устраивать 2–3-минутные перерывы при работе на компьютере с применением комплекса упражнений для глаз 1 раз в час:

- каждые 2 часа делать упражнения на расслабление мышц глаз, шеи и спины. Покрутить головой, подвигать плечами, несколько раз наклониться. Это позволит сбросить накопившееся напряжение;
- пару минут расслабленно посмотреть за окном вдаль;
- с закрытыми глазами вращаем по кругу глазами яблоками по часовой и против часовой стрелки. Четыре раза в одном направлении, 4 – в другом. Веки должны быть расслабленными;
- с закрытыми глазами смотрим вверх, затем вниз. Восемь раз;
- взгляд прямо перед собой. 30 секунд быстро моргаем. Три раза;

10. Можно использовать специальные капли для глаз, гели комфортности, замещающие слезу (лакрисин, слеза натуральная, офтагель и др.) для защиты роговицы от пересыхания и уменьшения дискомфорта при длительной работе за компьютером [2, 3].

• лакрисин – благодаря высокой вязкости средство длительно удерживается на поверхности глазного яблока, восстанавливая слезную пленку, увлажняет роговицу, увеличивая продолжительность контакта слезной жидкости с поверхностью глаза;

• офтагель – гель утолщает слизистый и водный слой слезной пленки, увеличивает вязкость слезы, стабилизирует слезную пленку, увлажняет роговицу и конъюнктиву глаза. Во время лечения данным препаратом не следует носить мягкие контактные линзы;

• слеза натуральная – водорастворимая полимерная система препарата, взаимодействуя с естественной слезой, повышает стабильность слезной пленки, восполняет дефицит слезной жидкости и улучшает увлажнение роговицы. Этот препарат можно применять для профилактики сухости глаз тем, кто подолгу работает за компьютером или находится в помещении, где воздух очень сухой. Может использоваться длительно.

При повышении зрительной нагрузки в комплексной профилактике возникновения близорукости и снятия астенопического синдрома специалисты ре-

комендуют принимать препараты на основе экстракта черники:

➤ «Стрикс» – содержащая экстракт черники и бета-каротин, для профилактики и комплексного лечения заболеваний глаз. В ходе клинических испытаний было отмечено заметное влияние препарата на снятие астенопического синдрома, что позволяет рекомендовать препарат для снятия синдрома зрительного утомления. Стрикс обладает мощным антиоксидантным эффектом, способствует восстановлению функции фоторецепторов сетчатки, укрепляет сосудистую стенку капилляров глаза, обладает иммуномодулирующим действием.

➤ «Черника Форте» – изготовленный по специальной методике препарат предохраняет глаза от усталости и раздражения, предотвращает ослабление зрения, укрепляет капилляры глаз, обеспечивает необходимую поддержку глазам и организму в целом витаминами и микроэлементами. Черника Форте содержит плоды черники, витамины В1, В2, В6, С, Р, цинк, кремний, сахар. БАД, который рекомендуется применять с профилактической целью и при первых признаках заболеваний глаз. Сейчас появилось много капель, обладающих увлажняющим эффектом и дополнительно содержащие экстракты лечебных трав, они снимают воспаление и красноту глаз. Не рекомендуется постоянно использовать при покраснении глаз капли Визин, уже хорошо известный препарат, который многие офтальмологи рекомендуют для снятия покраснения глаз. К сожалению, в такой ситуации Визин не поможет, а лишь усилит все симптомы, связанные с компьютерным зрительным синдромом. Кроме того, чрезмерное использование этих капель в других ситуациях может нарушить питание конъюнктивы глаза.

11. Если постоянно находиться в помещении, где работает кондиционер или вентилятор, необходимо воздушную струю направить в сторону, для того чтобы не увеличивать испарение влаги со слизистой глаза.

12. Посещать офтальмолога нужно регулярно, не реже чем раз в год. Регулярная проверка зрения специалистом поможет выявить возможные проблемы на самых ранних стадиях и принять меры профилактики задолго до того, как проблемы с вашими глазами будут тяжело решаемы. Врач подскажет также возможные методы коррекции зрения [3].

При необходимости подбора очковой коррекции при наличии миопии, гиперметропии, астигматизма, пресбиопии нужно соблюдать несколько правил [5]:

1) подбирать очки лучше хорошо отдохнувшим, необязательно утром, но и не после суточного дежурства или 10-часовой работы за компьютером;

2) перед осмотром у офтальмолога нельзя принимать алкоголь, так как действие этилового спирта, действуя на нервную систему, меняет мышечный тонус глаз и восприимчивость сетчатки;

3) при плохом самочувствии лучше отказаться от подбора очков в этот день;

4) нужно взять на прием предыдущий рецепт на очки и оправу, которыми пользовались до этого момента;

5) необходимо указать вид работы, которая будет выполняться в очках: работать с документами

или с компьютером или одновременно использовать оба вида деятельности;

6) примеряя пробную оправу необходимо добиться комфортности зрительных ощущений;

7) задавайте вопросы, описывайте свои ощущения и ожидания. Это поможет врачу учесть ваши индивидуальные особенности и выбрать те очки, которые наиболее вам подходят.

Список литературы

1. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивный кератит (диагностика, клиника, лечение); издание второе, частично переработанное и дополненное. СПб.: «Левша. Санкт-Петербург», 2003, 120 с.

2. Егоров Е.А., Алексеев В.Н., Астахов Ю.С., Бржеский В.В. и др. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии: Руководство для практикующих врачей: М.: «Литтерра», 2006, 954 с.

3. Зрение и компьютер, 2 сент. 2010. Электронный ресурс. URL: <http://zreni.ru/310-zrenie-i-kompyuter.html> (Дата обращения: 11.09.11).

4. Компьютер и зрение – компьютерный зрительный синдром. Электронный ресурс. URL: <http://budzdr.ru/vzglad/95-computer-i-zrenie.html> (Дата обращения: 11.09.11).

5. Клинические лекции по офтальмологии. Электронный ресурс. URL: http://fictionbook.ru/author/evgeniy_alekseevich_egorov/klinicheskie_lekcii_po_ofthalmologii/read_online.html?page=11 (Дата обращения: 11.09.11).

6. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. М.: Изд-во МЕДпресс-информ, 2005, 390 с.

7. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара: ГП «Перспектива», 2001, 296 с.

Сведения об авторе

Исакова Елена Викторовна – врач-офтальмолог, ассистент кафедры патологической анатомии, ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздравсоцразвития, e-mail: isakovalena@mail.ru.

УДК 616.89-009-036.865-058

Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова

ДИНАМИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА КОМБАТАНТОВ, ПРОШЕДШИХ КОМПЛЕКСНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ В МЕЖКОМАНДИРОВОЧНЫЙ ПЕРИОД

E.G. Ichitovkina, M.V. Zlokazova

PSYCHOSOCIAL STATUS DYNAMICS OF COMBATANTS WHO UNDERWENT COMPLEX REHABILITATION BETWEEN MILITARY MISSIONS

МСЧ УВД по Кировской области

Кировская государственная медицинская академия

Обследовано 105 комбатантов-сотрудников ОВД через 2 года после командировки в Северо-Кавказский регион, прошедших комплексную реабилитацию в меж-

командировочный период, в сравнении со 103 комбатантами, не получавшими аналогичной помощи. Получены данные о позитивной динамике психосоциального статуса у комбатантов 1 группы (достоверно реже выявлялись невротические симптомы и психосоматические заболевания, алкоголизация, чаще состояли в браке, ниже были показатели агрессивности).

Ключевые слова: комбатанты, психосоциальный статус, комплексная реабилитация, динамика.

Present research covers 105 combatants from Department of Internal Affairs after 2 years mission to the North Caucasus region, those who had complex rehabilitation in the period between military missions comparing to 103 combatants who did not receive treatment. Data yielded demonstrated the positive dynamics of psychosocial status among members of the first group (they showed fewer neurotic symptoms and psychosomatic illnesses; less alcohol abuse; married more often; lower level of aggressiveness).

Key words: combatants, psychosocial status, complex rehabilitation, dynamics.

Введение

Психологические исследования свидетельствуют о том, что симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после участия в контр-террористической операции (КТО) на территории Чеченской Республики обнаруживаются у 50% комбатантов, а в состоянии хронической психической дезадаптации находятся до 30% сотрудников МВД [5]. Психические расстройства являются третьей по частоте причиной инвалидности у пенсионеров МВД, ветеранов боевых действий [1].

Между тем, по официальным данным, заболеваемости психическими расстройствами у действующих сотрудников МВД практически нет, что, вероятно, отражает недостаточную разработанность методов диагностики в данной области и свидетельствует о том, что проблема постстрессовых невротических нарушений в МВД далека от разрешения как в диагностическом, так и лечебном аспектах [6, 9]. Стигматизированное отношение комбатантов к психотерапевтам и психиатрам является препятствием не только для ранней диагностики психопатологической симптоматики, но и для проведения своевременной комплексной реабилитации [4, 7], что приводит к отсутствию своевременной реабилитационной помощи, хронизации психических расстройств, росту числа психосоматических заболеваний и алкоголизации личного состава, прерыванию дальнейшей службы, проблемам в семье и т.д. [5, 6, 8].

Наиболее тревожная ситуация складывается в специальных подразделениях милиции, большинство из сотрудников которых неоднократно выезжали в Северо-Кавказский регион (СКР) [1, 2]. Доля правонарушений, совершенных сотрудниками отряда милиции особого назначения (ОМОН) – участниками КТО, составляет 68% всех случаев в данных подразделениях. Все зарегистрированные вымогательства, грабежи, разбои в спецподразделениях в 1995–2000 г.г. приходится на участников КТО. Нарушения норм административного законодательства комбатантами-участниками КТО составляют 78%, нарушения законности – 71%, совершения ДТП – 65%, умыш-