

Децик О. З., Митник З. М., Кошинець О. Б.

РОЛЬ І МОЖЛИВОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

(м. Івано-Франківськ)

Дана робота є фрагментом НДР «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», № державної реєстрації 0112U001535.

Вступ. Глаукома – одне із важких очних захворювань, яке займає друге місце серед причин невиліковної сліпоти і слабovidіння в світі [6], а також первинної інвалідності по зору в Україні [3]. Поширеність глаукоми зростає з віком. Враховуючи збільшення середньої очікуваної тривалості життя, прогнозується, що до 2020 року в світі на первинну глаукому буде хворіти 80,0 млн. людей. Аналогічний прогноз для України, у зв'язку із поглибленням постаріння її населення, також несприятливий, що підкреслює важливість профілактики захворювання [5].

Боротьба із системними ризиками популяційного здоров'я – хронічними неінфекційними хворобами, покладена в основу нової європейської стратегії «Здоров'я 2020» (2013) [2]. З метою профілактики хронічних захворювань очей та їх негативних наслідків прийнята Глобальна ініціатива ВООЗ «Vision-2020: Право на зір» (2006) [7]. У відповідності до цих міжнародних документів в Україні затверджено Концепцію «Здоров'я 2020: український вимір» та запропоновано Національну стратегію «Боротьба зі сліпотою до 2020 року» [1]. Зазначені документи також повністю відповідають концептуальним напрямкам реформування системи охорони здоров'я України, спрямованим на поліпшення популяційного здоров'я та оптимізацію ресурсів. Досягнути запланованих цілей реформування неможливо без чіткого розмежування рівнів надання медичної допомоги, визначення переліку послуг для кожного з них, створення стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів тощо [1].

Відомо, що основну роль у організації та реалізації всіх видів профілактики відіграє лікар загальної практики/сімейної медицини (ЗПСМ). Тому, важливо чітко визначити перелік його компетенцій щодо профілактики, скринінгу, діагностики, диспансерного

спостереження, лікування та реабілітації хворих, зокрема на глаукому.

Мета – проаналізувати роль і можливості лікаря загальної практики/сімейного лікаря в забезпеченні раннього виявлення та диспансеризації хворих на первинну глаукому.

Об'єкт і методи дослідження. Вивчали нормативно-правову базу організації офтальмологічної служби в Україні та функцій лікаря загальної практики/сімейного лікаря у ній. Повноту виконання медичних технологій оцінювали за даними опитування пацієнтів про надані їм діагностичні та лікувальні послуги за останні три роки. За спеціально розробленою програмою на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області впродовж 2010-2011 рр. обстежили репрезентативну групу 515 осіб, хворих на первинну глаукому. За важкістю глаукоматозного ураження їх поділили на дві основні групи: 347 респондентів з I-II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 хворих з III-IV (пізніми) стадіями захворювання. Крім того, обстежених ділили за статтю, віком (до 55, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 років і старші) та за місцем проживання (міські чи сільські мешканці). Перевірка гіпотези про вплив дотримання виконання медичних профілактичних технологій на пізні виявлення проводилась за допомогою розрахунку показника відношення шансів (OR) та його 95% довірчого інтервалу (95%CI), а нульової гіпотези – критерію відповідності χ^2 .

В роботі використовувались **методи:** статистичний, аналітичний, графічного зображення.

Результати досліджень та їх обговорення. Вивчення нормативно-правових документів, зокрема наказів МОЗ України: від 15. 03. 2007 р. №117 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія», від 27. 08. 2010 р. №728 «Про диспансеризацію населення», від 23. 11. 2011 р. №816 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини» та від 14. 05. 2013 р. №372 «Про

систему офтальмологічної допомоги населенню України», показало їх недосконалість стосовно розподілу функцій первинного і вторинного рівнів охорони здоров'я з профілактики, діагностики та диспансерного спостереження за хворими на первинну глаукому. Так, в Уніфікованому протоколі (2011) визначення внутрішньоочного тиску віднесено не до обов'язкових, а до бажаних дій лікаря загальної практики/сімейної медицини, а у всіх інших – до обов'язкових. На наш погляд, найвдаліші варіанти розмежування функцій первинної і вторинної допомоги при глаукомі представлені у наказі МОЗ від 14. 05. 2013 р. №372 «Про систему офтальмологічної допомоги населенню України» та у проекті Національної стратегії «Боротьби зі сліпотою до 2020 року» [1], які повністю узгоджуються із порядком проведення диспансеризації дорослого населення (наказ МОЗ України від 27. 08. 2010 р. №728 «Про диспансеризацію населення»). Згідно із положеннями вказаних документів, на базі долікарських кабінетів міських, районних лікарень, амбулаторій загальної практики/сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктів повинен здійснюватись долікарський офтальмологічний скринінг усім пацієнтам, котрі вперше в поточному році звернулись у ці заклади. Для найповнішого охоплення щорічним диспансерним оглядом заклади охорони здоров'я повинні використовувати різноманітні форми залучення населення: не тільки самостійні звернення, а й активні виклики, відвідування вдома хронічних хворих та осіб похилого віку, організовувати виїзди бригад лікарів, проводити роз'яснювальну роботу.

До обов'язкових діагностичних методик первинного офтальмологічного скринінгу відносять доступні та нескладні для виконання на первинному рівні: визначення гостроти зору (візометрія) та вимірювання внутрішньоочного тиску (тонометрія) пацієнтам, старшим 40 років, не рідше одного разу на три роки та особам з групи ризику щодо глаукоми з 35-річного віку щорічно; а також орієнтовне визначення периферичних полів зору (периметрія). За результатами цих простих діагностичних тестів лікар загальної практики/сімейний лікар повинен визначити групи ризику виникнення глаукоми і направити до лікаря-офтальмолога для уточнення діагнозу на базі установ, що надають вторинну амбулаторну і вторинну стаціонарну допомогу.

Результати опитування хворих на глаукому засвідчили суттєві недоліки у проведенні масових скринінгів на глаукому серед населення. Так, у абсолютної більшості респондентів (71,0±2,0%), не залежно від гендерної належності та місця проживання ($p > 0,05$), діагноз первинна глаукома встановили при самостійному звертанні хворих відразу до лікаря-окуліста, і тільки 16,0±1,6% опитаних вказали, що захворювання в них виявили при проходженні профілактичного медичного огляду, а у 13,1±1,5%

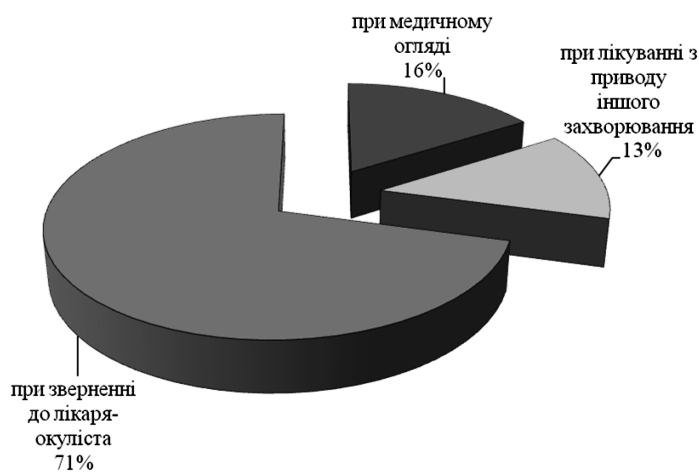


Рис. 1. Методи виявлення глаукоми у респондентів.

глаукому виявили випадково при амбулаторному чи стаціонарному лікуванні з приводу іншого захворювання (рис. 1).

Причому, з віком, тобто із втратою важелів впливу на організоване населення, показник активного виявлення захворювання прогресивно знижується ($p < 0,05$). Якщо у працездатному віці (до 60 років) практично у кожного четвертого (23,4±5,3%) опитаного хвороба виявлена при медичному огляді, то у віковій групі понад 80 років – тільки у 5,7±2,5%. І навпаки, з віком зростає частка тих, у кого глаукома виявлена при самозверненні до окуліста (з 68,8±5,8% до 73,9±4,7% відповідно), чи при стаціонарному лікуванні іншого захворювання (з 3,1±2,2% до 12,5±3,5%).

Як відомо, негативними наслідками недостатнього охоплення населення скринінгом на глаукому є запізніле виявлення захворювання. Яскравою демонстрацією цього є той факт, що в опитаних хворих із III-IV стадіями глаукоми значно частіше, ніж у хворих з I-II стадіями, захворювання було виявлене при самозверненні (77,2±3,2% проти 69,7±2,5% відповідно, $p < 0,05$), і більш ніж вдвічі рідше – при профілактичному медичному огляді (6,6±1,9% проти 16,5±2,0%). Доведено, що не проходження періодичних медичних оглядів збільшує шанси запізнити виявлення глаукоми (OR=2,56; 95%CI: 1,55-4,23).

Ще однією ілюстрацією сказаному стали результати співставлення часових термінів, коли пацієнти зауважили перші симптоми, з тривалістю захворювання від моменту встановлення діагнозу лікарем. Особливо значна різниця між вказаними термінами встановлена у хворих на глаукому з III-IV стадіями. Як видно на рис. 2, існує очевидний розрив між першими суб'єктивними відчуттями і значно пізнішою офіційною реєстрацією діагнозу.

Причинами цього швидше всього є як показано недостатнє охоплення періодичними медичними оглядами, так і низький рівень доступності медичної допомоги, внаслідок виявленої на попередніх етапах дослідження значної поширеності чинників соціальної незахищеності респондентів – матеріальних

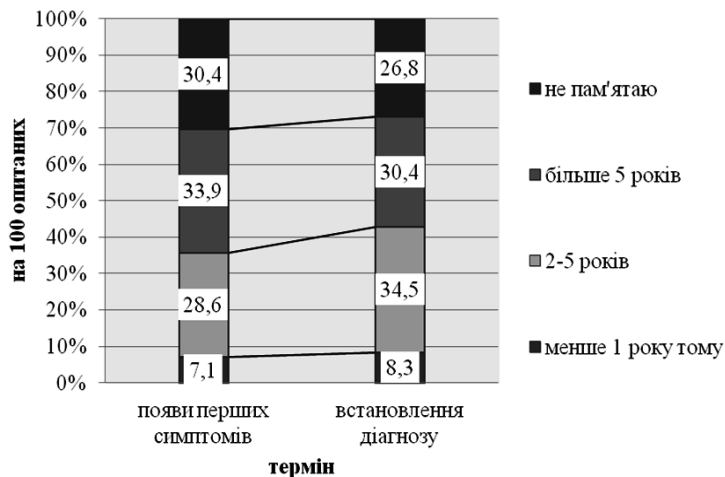


Рис. 2. Різниця між термінами появи перших симптомів та встановлення діагнозу у хворих на глаукому з III-IV стадіями.

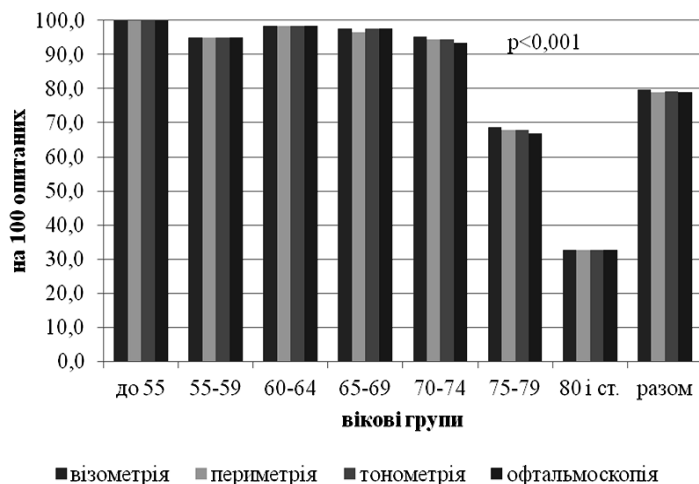


Рис. 3. Порівняльна характеристика охоплення хворих на глаукому різного віку обов'язковими обстеженнями.

негараздів, загально низького рівня освіти, незаінформованості тощо [4].

Вказані чинники мають вплив не тільки на своєчасність виявлення захворювання, а й на дотримання стандартів подальшого диспансерного спостереження. Адже, первинна глаукома – хронічне захворювання, що потребує нагляду протягом всього життя. Згідно із додатком 2. 1 наказу МОЗ України від 23. 11. 2011р. №816 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини» алгоритм реабілітації та диспансеризації хворих на первинну глаукому включає проведення періодичного контрольного огляду лікарем ЗПСМ (не рідше одного разу на три місяці), лікарем-офтальмологом вторинного (один раз на півроку) і третинного (один раз у рік) рівня допомоги, а також обов'язкові обстеження: візометрію, тонометрію, периметрію, огляд очного дна (офтальмоскопію), контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.

Результати соціологічного опитування показали, що охоплення хворих активним диспансерним спостереженням, на кількісному рівні виконується достатньо повно. Абсолютна більшість (98,6±0,5%) респондентів, не залежно від стадії захворювання, місця проживання та гендерної ознаки, зазначили, що перебувають на диспансерному спостереженні в лікаря-офтальмолога. Проте, 7 осіб (з них троє – старші 80 років) вказали, що не числяться на обліку в лікаря-окуліста. Враховуючи, що всі хворі на глаукому повинні бути під диспансерним спостереженням, виявлене швидше всього вказує на недоліки його проведення (відсутність активних викликів до лікаря, контрольних обстежень тощо), або недостатню поінформованість хворих, особливо старшого віку, щодо медичних послуг, які їм надаються.

Разом з тим, аналіз рівня якості диспансеризації хворих на глаукому, зокрема в частині охоплення обов'язковими діагностичними методиками, показав недостатнє їх виконання: гостроту зору впродовж останніх трьох років визначали тільки 79,6±1,9% опитаним, поле зору – 79,0±2,0%, внутрішньоочний тиск – 79,2±2,0%, огляд очного дна – 78,8±2,0%. Причому, як видно на рис. 3, розглянутий показник формується за рахунок стрімкого зниження охоплення хворих обстеженнями з настанням старечого віку: майже у 1,5 разу – до 67,0-68,8%, у 75-79 річних і практично утричі – аж до 32,6±7,3%, у віці понад 80 років ($p < 0,001$).

Враховуючи, що серед сільських хворих пізнього старечого віку ці показники ще нижчі (28,9% проти 36,4% у містах, $p > 0,05$), зрозуміло, що виявлені особливості швидше всього пов'язані із зниженням можливості літніх людей відвідувати лікаря-окуліста у медичному закладі.

Кратність розглянутих обов'язкових обстежень також була різною. Найчастіше хворим на глаукому цілком логічно вимірювали внутрішньоочний тиск – 2,14±0,20 разів на рік. Решта обстежень проводилась рідше: візометрія 1,35±0,11 разів на рік, офтальмоскопія – 1,17±0,13, а периметрія – тільки 0,98±0,09, що вказує на небезпеку втрати контролю над прогресуванням патологічного процесу.

На наш погляд, скоригувати встановлені недоліки можливо тільки за умов належної співпраці між лікарями ЗПСМ та лікарями-окулістами. Налагодження обміну інформації між первинним та іншими рівнями охорони здоров'я, опрацювання законодавчих норм мотивації лікарів ЗПСМ (наприклад, оплата праці з врахуванням результатів роботи) дозволить активізувати їх діяльність щодо охоплення

населення скринінгами та контролю виконання рекомендацій лікарів-спеціалістів.

Висновки.

1. Виявлено медико-організаційні недоліки охоплення населення на рівні первинної медичної допомоги офтальмологічним скринінгом (тільки 16,0±1,6% випадків глаукоми діагностовано при ньому), що суттєво посилює шанси пізньої діагностики (OR=2,56; 95%CI: 1,55-4,23).

2. Показано, що практично 100% охоплення хворих на глаукому диспансерним спостережен-

ням з боку лікарів-офтальмологів супроводжується суттєвим зниженням його якості з настанням старечого віку пацієнтів (у 1,5-3 рази після 75 років).

3. Рекомендовано опрацювати на законодавчому рівні механізми активізації компетенцій лікарів ЗПСМ щодо охоплення населення скринінгами, контролю виконання рекомендацій лікарів-спеціалістів.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та впровадженні системи заходів удосконалення профілактики глаукоми.

Література

1. Інтеграція Національної стратегії боротьби зі сліпотою до 2020 року до основних концептуальних напрямів реформування охорони здоров'я / Д. В. Варивончак, С. О. Риков, Н. А. Обухова [та ін.] // Архів офтальмології України. – 2013. – Т. 1, №1. – С. 11-17
2. Здоровье 2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века / Всемирная организация здравоохранения: Европейское бюро ВОЗ, 2013. – 232 с.
3. Катаракта как осложнение антиглаукоматозных операций при первичной открытоугольной глаукоме / К. П. Павлюченко, В. О. Пенчук, С. Ю. Могилевський [та ін.] // Архів офтальмології України. – 2013. – Т. 1, №1. – С. 115-120.
4. Кощинець О. Б. Особливості соціально-економічного статусу хворих на глаукому / О. Б. Кощинець, З. М. Митник // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції присвяченої Всесвітньому дню здоров'я // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – С. 162-163.
5. Риков С. О. Сліпота і слабкозорість. Шляхи профілактики в Україні : Науково-методичне видання / За редакцією проф. Рикова С. О. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – 268 с.
6. Quigley H. A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // Br. J. Ophthalmol. – 2006. – № 90. – P. 262–267.
7. Vision 2020. The right to sight. Global Initiative for the elimination of avoidable blindness. Action plan 2006-2011 [Electron resource] / WHO, 2007. – 97 p.: Access: http://www.who.int/blindness/Vision2020_report.pdf.

УДК 616-084+617. 7-007. 681

РОЛЬ І МОЖЛИВОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАНЬОГО ВІЯВЛЕННЯ ТА ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ

Децик О. З., Митник З. М., Кощинець О. Б.

Резюме. Проаналізували нормативну базу і опитали 515 хворих на первинну глаукому. Виявлено недостатнє охоплення населення офтальмологічним скринінгом, що достовірно посилює шанси пізньої діагностики (OR=2,56; 95%CI: 1,55-4,23). Практично 100% охоплення хворих диспансерним спостереженням лікарями-офтальмологами супроводжувалось суттєвим зниженням його якості з віком пацієнтів (у 1,5-3 рази після 75 років). Пропонується опрацювати на законодавчому рівні механізми активізації компетенцій лікарів загальної практики/сімейних лікарів щодо охоплення населення скринінгами, контролю та організації виконання рекомендацій лікарів-спеціалістів.

Ключові слова: первинна глаукома, профілактика, скринінг, диспансеризація, лікар загальної практики/сімейний лікар.

УДК 616-084+617. 7-007. 681

РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ОБЕСПЕЧЕНИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Децик О. З., Митник З. М., Кощинец О. Б.

Резюме. Проанализировали нормативную базу и опросили 515 больных первичной глаукомой. Выявлен недостаточный охват населения офтальмологическим скринингом, достоверно усиливающий шансы поздней диагностики (OR=2,56; 95%CI: 1,55-4,23). Почти 100% охват больных диспансерным наблюдением врачами-окулистами сопровождался существенным снижением его качества с возрастом пациентов (в 1,5-3 раза после 75 лет). Рекомендуется на законодательном уровне отработать механизмы активизации компетенций врачей общей практики по охвату населения скринингами, контролю и организации выполнения рекомендаций врачей-специалистов.

Ключевые слова: первичная глаукома, профилактика, скрининг, диспансеризация, врач общей практики/семейный врач.

UDC 616-084+617. 7-007. 681

Role and Capabilities of a General Practitioner/Family Physician in Early Detection and Follow-Up Monitoring Primary Glaucoma Patients

Detsyk O. Z., Mytnyk Z. M., Koshchynets O. B.

Abstract. Purpose of the study was to analyze a role and capabilities of general practitioner/family physician on early detection and follow-up care patients with primary glaucoma. There were studied the legal framework of ophthalmology service organization in Ukraine and functions of general practitioner/family physician in it. The completeness of implementation of medical technologies was estimated from data of questionnaires of patients about given to them diagnostic and curative services for the last three years. The study was conducted at the ophthalmic departments of three District Hospitals in Ivano-Frankivsk region. A representative group of 515 persons has been surveyed grouped per severity of glaucomatous damage into two main groups: 347 patients with I-II (initial) stages of primary glaucoma and 168 patients with III-IV (late) stages of the disease.

There were established the significant shortcomings in realization of the mass screening on glaucoma. Thus, in the absolute majority of respondents (71. 0±2. 0%), irrespective of gender and place of residence ($p>0. 05$), the diagnosis of primary glaucoma was established after visit to the doctor-oculist and only 16. 0±1. 6% cases was detected during medical check-up, and 13. 1±1. 5% cases of glaucoma was discovered accidentally at the out-patient or in-patient treatment concerning other disease.

Moreover, the rate of active detection of disease progressively decreased with patients' age ($p<0. 05$). If in working age (under 60 years) practically in every fourth (23. 4±5. 3%) surveyed the disease was detected during the medical examinations, in the age group over 80 years – only 5. 7±2. 5%. In spite of this, with age there was increased the rate of glaucoma cases detected at the patients visits to the oculist (from 68. 8±5. 8% to 73. 9±4. 7% respectively), or at the in-patient treatment of other disease (from 3. 1±2. 2% to 12. 5±3. 5%).

It is well-proven that periodic medical check-ups ignoring increases the chances of the late detection of glaucoma (OR=2. 56; 95%CI: 1. 55-4. 23).

Glaucoma as a chronic disease, according to Ukrainian legislation, requires follow-up monitoring by the doctor-ophthalmologist throughout life. The survey results showed that follow-up cares for patients with glaucoma are performed sufficiently on a quantitative level. The vast majority (98. 6±0. 5%) of the respondents, regardless of stage of the disease, location and gender, indicated that they are on the medical monitoring by the ophthalmologists.

However, analysis of the quality of clinical examination of patients with glaucoma, particularly in terms of coverage required diagnostic methods showed a lack of performance: visual acuity during the last three years was determined only 79. 6±1. 9% of respondents, the visual field – 79. 0±2. 0%, intraocular pressure – 79. 2±2. 0%, examination the optic nerve head – 78. 8±2. 0%. Thus, the reporting rate is formed due the rapid decrease coverage surveys of patients with the onset of old age: almost 1. 5 times – up to 67. 0-68. 8% in the 75-79 years and almost three times – up to 32. 6±7. 3% over the age of 80 years ($p<0. 001$). In our opinion, this is most likely due to the reduced capabilities of older people attending physician ophthalmologist.

There was recommended to work in law boosting competence of general practitioner/family physician on coverage of screening, monitoring implementation of the recommendations of medical professionals.

Key words: primary glaucoma, prevention, screening, follow-up monitoring, general practitioner/family physician.

Рецензент – проф. Воскресенська Л. К.

Стаття надійшла 13. 04. 2014 р.