

УДК 616-084+617.7-007.681

*О.Б. Кощинець**ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»***ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО СТАТУСУ
ТА ДЕМОГРАФІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК
ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ**

Дослідження проводилось на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області. Обстежено репрезентативну групу 515 осіб, яких за тяжкістю глаукоматозного ураження розподілено на дві основні групи: 347 хворих з I–II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 пацієнтів з III–IV (пізніми) стадіями захворювання. Встановлено, що хворі на первинну глаукому, більшість з яких (87,6 %) похилого і старечого віку, за основними соціально-економічними детермінантами нездоров'я характеризуються низьким рівнем матеріального благополуччя (у 54,0 % середньомісячний дохід на члена сім'ї нижче прожиткового мінімуму), освіти (33,3 % з початковою та неповною середньою) і зайнятості (тільки 12,6 % працюють). Пізні стадії захворювання та інвалідність унаслідок них більш поширені серед чоловіків ($p < 0,05$). Доведено, що шанси пізніх стадій глаукоми збільшуються з віком (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46), при низькому рівні зайнятості (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4,52) і освіти (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36) та достовірно вищі серед хворих чоловічої статі (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15). Це вказує на те, що низька доступність і невчасне звернення за медичною допомогою внаслідок соціально-економічних та освітньо-культурних чинників значною мірою формують несприятливий перебіг захворювання і створюють необхідність додаткових соціально-економічних витрат для держави.

Ключові слова: *первинна глаукома, профілактика, соціально-економічний статус.*

Первинна глаукома – це хронічне прогресуюче захворювання, наслідками якого є каскад незворотних змін зорових функцій аж до повної їх втрати [1]. Незважаючи на сучасні медичні технології, раціональне лікування глаукоми все ще залишається утрудненим унаслідок того, що розвиток втрати зору припинити практично неможливо [2]. Як наслідок, у всіх регіонах світу у переліку причин сліпоти друге місце належить глаукомі [3–5]. Через значне соціальне значення проблеми ВООЗ для боротьби зі сліпотою розробила довгострокову програму «Зір–2020» [3, 6].

Первинна глаукома переважно уражає осіб похилого і старечого віку [1, 3, 4, 7]. А тому у зв'язку із постарінням населення, за прогнозами Н.А. Quigley і А.Т. Broman, число хворих

з первинною глаукомою у світі до 2020 року збільшиться до 79,6 млн. осіб [5].

Сказане підкреслює важливість профілактики, дослідження факторів ризику з метою прогнозування розвитку захворювання та його ускладнень, раннього виявлення ураження зору [3, 4, 7–9].

Відомо, що одними із найважливіших чинників, які впливають на здоров'я населення та доступ його до медичної допомоги, міжнародними експертами визнано соціально-економічні детермінанти [4, 5, 10]. Так, на взаємозв'язок між рівнем соціально-економічного розвитку регіону (за показниками валової доданої вартості та доходів на одну особу в рік) та поширеністю захворювань органа зору вказують праці українських учених-

© О.Б. Кощинець, 2013

офтальмологів, зокрема С.О. Рикова та О.П. Вітовської [3, 9]. Проте досліджень щодо визначення впливу інших характеристик соціально-економічних детермінант, таких як: рівень освіти, зайнятість у народному господарстві, соціальний статус, самооцінка добробуту тощо, на виникнення та розвиток ускладнень від глаукоми проводилось недостатньо.

Мета дослідження – вивчення особливостей соціально-економічних характеристик хворих на первинну глаукому та їх можливого впливу на прогресування глаукоми.

Матеріал і методи. За спеціально розробленою програмою на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області обстежили репрезентативну групу 515 осіб, хворих на первинну глаукому. За тяжкістю глаукоматозного ураження їх розподілили на дві основні групи: 347 респондентів з I–II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 хворих на глаукому з III–IV (пізніми) стадіями захворювання. Вивчали розподіл у досліджуваних групах таких соціально-економічних чинників, як матеріальний добробут, рівень освіти, зайнятості в кожній зазначеній категорії. Розраховували частоту кожного чинника на 100 обстежених і похибку репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 [11].

Для вивчення впливу окремих чинників на формування пізніх стадій глаукоми використовували методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95 % довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95 % CI) [12].

Результати та їх обговорення. Встановлено, що більшість обстежених хворих (87,6 %) – це особи 60 років і старші, що відповідає даним інших досліджень [3, 4, 7] про зростання розповсюдженості глаукоми з віком. Відповідно, різниця у віковій структурі осіб з початковими і пізніми стадіями захворювання виявилась суттєвою ($p < 0,001$). Серед обстежених з III–IV стадіями глаукоми половина – люди старечого віку (75 років і старші) – 50,6 % проти 33,4 % серед осіб з I–II стадіями, головним чином за рахунок вікової групи понад 80 років (27,4 % проти 12,4 %

відповідно). Тобто інволюційні процеси, безумовно, впливають на розвиток і прогресування глаукоми, що підтверджують дані розрахунку показника відношення шансів – з віком (після 70 років) шанси діагностики пізніх стадій захворювання зростають у 1,5–3,5 рази (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46). З іншого боку, той факт, що кожен десятий (10,7 %) хворий на глаукому у III–IV стадіях (а це інвалідність та сліпота) – працездатного віку, вказує на недоліки вчасного виявлення захворювання, наслідки яких являють собою значний соціально-економічний тягар.

У структурі обстежених за статтю частки чоловіків і жінок були приблизно однаковими – 49,3 та 50,7 % відповідно. Проте той факт, що серед осіб з ускладненим перебігом чоловіків більше, ніж жінок (56,0 % проти 44,0 %; $p < 0,05$), дозволяє висунути гіпотезу, що пізні стадії частіше розвиваються у чоловіків, можливо, внаслідок їх загальновідомого більш нездорового способу життя та невчасного звертання за медичною допомогою [10]. Встановлено, що у осіб чоловічої статі у 1,5–2 рази вищі шанси виникнення пізніх стадій глаукоми (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15).

За місцем проживання 51,7 % обстежених хворих були сільськими мешканцями і 48,3 % – міськими, що в цілому відповідає загальнообласному розподілу. Такі ж пропорції зареєстровано і всередині основних груп порівняння ($p > 0,05$).

Основні соціально-економічні параметри, зокрема рівень матеріального благополуччя, вивчали як за даними суб'єктивної самооцінки, так і за середньомісячною сумою доходу на одного члена сім'ї. Встановлено, що більш-менш задоволені своїм рівнем добробуту менше половини респондентів: (42,9±2,2) % охарактеризували його як середній і зовсім мало [(6,1±0,8) %] – як високий. Значна частка опитаних [(41,7±2,2) %] оцінювала його нижче середнього, і практично кожен десятий [(12,2±1,4) %] – як низький.

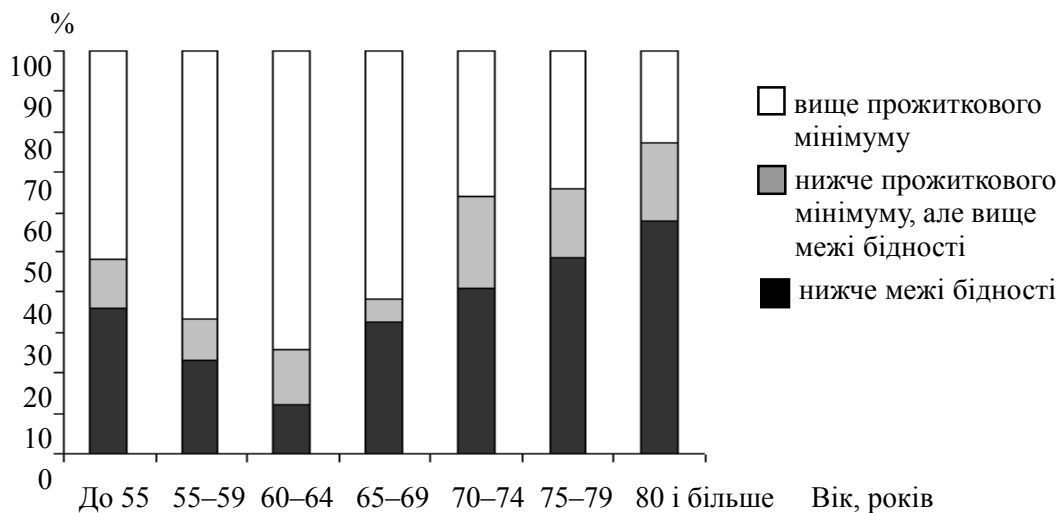
Слід зазначити, що самооцінка рівня добробуту не розрізнялась в основних групах порівняння за стадією захворювання ($p > 0,05$), проте достовірно ($p < 0,001$) мінялась з віком. Так, частка осіб, що оцінюють свій матеріальний стан нижче середнього і низький, зростає з віком із (44,0±9,9) % у віці до 55 років до

(77,5±4,4) % у осіб старше 80-річного віку. Це логічно, оскільки люди старечого віку не мають можливості для додаткового заробітку і живуть тільки на пенсію. Додатковим аргументом цього може бути факт, що практично всі респонденти, які оцінювали свій добробут як високий та вище середнього, були у соціально активному віці – до 65 років.

Достовірно розрізнялась оцінка добробуту респондентів залежно від місця проживання ($p < 0,05$). Суттєво гірше визначали свої доходи мешканці сіл, де можливості додаткових заробітків мінімальні. Тут частка тих, хто вважали свої доходи низькими, виявилась удвічі більшою, ніж у містах, – (15,4±9,2) % проти (8,8±1,8) % відповідно. І, навпаки, серед міських респондентів частіше зустрічалися хворі, які оцінювали свій добробут як високий, – (5,2±1,4) % проти (1,1±0,6) % сільських мешканців.

на глаукому мали дуже низький середньомісячний дохід на одного члена сім'ї – нижче встановленої межі бідності (755 грн./міс на момент опитування). Ще у (15,6±1,6) % респондентів цей показник був вищим від межі бідності, але нижчим від прожиткового мінімуму (більше 825 грн./міс на одного члена сім'ї). Вказані дані значно гірші, ніж суб'єктивні оцінки респондентів, – як уже було показано, тільки 6 % вважали свої доходи низькими. Поясненням цьому можуть бути невраховані в дослідженні інші доходи або те, що при суб'єктивній оцінці респонденти порівнюють себе із подібними за статками сусідами, знайомими та родичами.

Об'єктивні рівні доходу у хворих на глаукому не залежали від стадії захворювання, статі та місця проживання ($p > 0,05$) і також суттєво погіршувались із віком ($p < 0,001$). Хоча, як видно на рисунку, навіть у респон-



Порівняльна характеристика матеріальних доходів обстежених, $p < 0,001$

Закономірними виявились і гендерні оцінки рівня доходу респондентів. Хворі на глаукому жінки вдвічі частіше від чоловіків уважали свої доходи низькими – (16,1±2,3) % проти (8,3±1,7) %, хоча решта показників між собою вже так явно не розрізнялись ($p = 0,53$).

Вивчення об'єктивного рівня матеріального добробуту показало, що частка хворих на глаукому, середньомісячний дохід яких на одного члена сім'ї відповідав прожитковому мінімуму або був вище, становила дещо менше половини опитаних – (45,0±2,2) %. Разом з тим майже 40 % [(39,2±2,2) %] хворих

дентів працездатного віку матеріальний дохід достатньо низький. Так, майже половина (48,0 %) опитаних у віці до 55 років мали середньомісячний дохід на одного члена сім'ї нижчий від прожиткового мінімуму, з них більше третини [(36,0±9,6) %] – нижче встановленої межі бідності. «Найкраща» ситуація, як суб'єктивно, так і об'єктивно, у віковій групі 60–64 роки, де дуже низькі доходи зафіксовані тільки у кожного десятого (12,1 %). Можливо, це стало наслідком ще досить активної життєвої позиції у цьому віці, коли значна частина пенсіонерів продовжують пра-

цювати, а діти, як правило, вже міцно стоять на ногах. Проте у наступних вікових групах частка осіб з низьким і дуже низьким матеріальним достатком прогресивно зростала до 76,4 % змушених жити на доходи нижче прожиткового мінімуму, в тому числі 57,3 % – на доходи нижче межі бідності.

Такий достатньо низький рівень матеріального добробуту вказує на небезпеку обмеженого доступу хворих на глаукому до медичної допомоги і, як наслідок, до запізнілого виявлення. З іншого боку, розглянута ситуація на тлі достатньо високої вартості лікування і реабілітації глаукоми створює для держави виклики щодо необхідності соціального захисту таких хворих, особливо у похилому віці.

Разом з тим у дослідженні не отримано доказів того, що низькі доходи посилюють шанси прогресування захворювання як при об'єктивній (OR=0,93; 95 % CI: 0,64–1,35; $p>0,05$), так і при суб'єктивній (OR=1,65; 95 % CI: 0,97–2,83; $p>0,05$) їх оцінці, очевидно, внаслідок загально невисокого рівня добробуту всього населення України.

За рівнем освіченості хворі на глаукому розподілилися таким чином. В цілому аж третина опитаних мали освіту нижче середньої, з них (7,8±1,2) % – початкову і (25,5±1,9) % – неповну середню. Приблизно у четвертій частині респондентів – (26,7±2,0) % – середня загальна освіта і ще у такої ж – (25,5±1,9) % – середня спеціальна. Вищу освіту мали (14,6±1,6) % опитаних хворих на глаукому, переважно за рахунок міського населення – (19,7±2,5) % проти (9,8±1,8) % сільських мешканців ($p<0,001$). Натомість серед хворих з сільських поселень значно більше було осіб з низьким рівнем освіти, ніж серед міських жителів: (10,6±1,9) % – з початковою та (30,2±2,8) % – з неповною середньою освітою проти (4,8±1,4) та (20,5±2,6) % відповідно.

Приблизно однаково розподілилися за рівнем освіти респонденти жіночої та чоловічої статі ($p>0,05$). Однак встановлено, що з віком знижується частка осіб з більш високим рівнем освіти ($p<0,001$): у віці до 55 років 16,0 % осіб з освітою нижче середньої і у віці понад 80 років – 69,7 %.

Подальший аналіз підтвердив наявність зв'язку між рівнем освіти та прогресуванням глаукоми ($\chi^2=12,34$; $p<0,05$). Особи із III–IV стадіями частіше мали початкову [(10,7±2,4) %] чи неповну середню освіту [(29,8±3,5) %], ніж хворі з I–II стадіями [(6,4±1,3) та (23,4±2,3) % відповідно]. Доведено, що при низькому рівні освіти суттєво збільшуються шанси виявлення більш пізніх стадій глаукоми (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36).

Важливими соціально-економічними характеристиками є соціальний статус та характер зайнятості населення. Враховуючи уже показані особливості вікової структури обстежених хворих на глаукому, зрозуміло, що більшість із них [(82,7±1,7) %] за соціальним статусом – пенсіонери. Тільки (12,6±1,4) % опитаних працюють.

Логічно, що найбільші частки працюючих – у соціально активних вікових групах, які поступово зменшуються з 64,0 % у віці до 55 років до 15,1 % у 65–69 років і до поодиноких випадків серед 70-річних і старших. Пропорційно з цим зростають частки пенсіонерів: з 0 % у групі молодших за 55 років до 28,2 % у 55–59 років (головним чином за рахунок жінок, оскільки опитування проводилось у 2010 році, тобто до пенсійної реформи) і до майже 100 % серед 70-річних і старших.

Крім того, звертають на себе увагу ще декілька важливих особливостей. По-перше, навіть з настанням похилого віку (в Україні – 60 років [10]) частка працюючих (можливо, внаслідок необхідності додаткового заробітку до пенсії) залишається достатньо високою – кожен четвертий (25,9 %) у групі хворих 60–64 років і кожен шостий (15,1 %) у 65–69 років. По-друге, у групах респондентів працездатного віку досить суттєвою була частка безробітних: 32,0 % у віці до 55 років і 10,3 % – у 55–59 років, що, зрозуміло, є тягарем для держави щодо соціального захисту цих осіб. Це в додаток до достатньо значного відсотка інвалідів серед обстежених хворих на глаукому: 4,0 % у віці до 55 років, найбільша частка (12,8 %) у 55–59 років та поодинокі випадки у постпрацездатному віці.

Вже було вказано, що показники інвалідності формуються в основному за рахунок пізніх стадій хвороби (III–IV стадії). Якщо

серед обстежених працездатного віку з I–II стадіями глаукоми інвалідів незначний відсоток (тільки 3,6 % у 55–59 років та 2,2 % у 60–64 роки), то серед хворих з III–IV стадіями їх 14,3 % у віці до 55 років та більше ніж третина (36,4 %) у 55–59 років. На наш погляд, це ще раз наочно демонструє соціальне значення вчасного виявлення глаукоми.

При аналізі соціального статусу обстежених хворих не виявлено особливої різниці за місцем проживання ($p > 0,05$), проте встановлено суттєві відмінності за гендерною ознакою ($p < 0,01$). Хворі на глаукому жінки у 88,1 % випадків – пенсіонерки проти 77,2 % чоловіків-пенсіонерів, що скоріше за все пояснюється різницею пенсійного віку на час обстеження. Це ж, очевидно, може бути поясненням і того факту, що серед обстежених у віці до 55 років частка безробітних практично однакова – 31,3 % серед чоловіків та 33,3 % серед жінок, а серед осіб 55–59 років частка безробітних становила 17,4 % серед чоловіків та жодного випадку серед жінок, для яких це вже був час виходу на пенсію.

Однак, очевидно, зовсім інші причини призвели до того, що практично всі інваліди серед обстежених – чоловіки. Уже у віці до 55 років 6,3 % хворих чоловічої статі – інваліди, а у 55–59 років – 21,7 %, в той час як серед жінок цих вікових груп – жодного випадку (всі інваліди жіночої статі були у віці 60–64 років – 2,9 % обстежених жінок відповідної вікової групи). Показані особливості співвідносяться із попередньо описаними даними, що у групі обстежених з пізніми стадіями глаукоми частка чоловіків більше, ніж жінок, та з уже висловленою гіпотезою, що причини цього слід шукати у способі життя та невчасному зверненні за медичною допомогою.

Статистично значущі розбіжності ($p < 0,05$) за соціальним статусом спостерігались і в залежності від тяжкості глаукоматозного ураження. Якщо частка пенсіонерів відрізнялась

незначно (81,3 % серед хворих з I–II стадіями та 85,7 % – з III–IV), то цілком закономірно в групі з початковим перебігом працюючих було вдвічі більше, ніж з пізніми стадіями (15,3 % проти 7,2 % відповідно). В групі безробітних, навпаки, 2,6 % мали I–II стадії захворювання і 4,2 % – III–IV. Практично всі інваліди спостерігались у групі з пізніми стадіями глаукоми (3,0 % проти 0,9 % обстежених осіб відповідних груп). У цілому незайнятість у різних її формах (вихід на пенсію, безробіття та інвалідність) значно збільшує шанси діагностики пізніх стадій глаукоми (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4,52).

Висновки

1. Встановлено, що хворі на первинну глаукому, більшість з яких (87,6 %) похилого і старечого віку, за основними соціально-економічними детермінантами нездоров'я характеризуються низьким рівнем матеріального благополуччя (у 54,0 % середньомісячний дохід на члена сім'ї нижче прожиткового мінімуму), освіти (33,3 % з початковою та неповною середньою) і зайнятості (тільки 12,6 % працюють). Пізні стадії захворювання та інвалідність унаслідок них більш поширені серед чоловіків ($p < 0,05$).

2. Доведено, що шанси збільшуються з віком (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46), при низькому рівні зайнятості (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4,52) і освіти (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36) та достовірно вищі серед хворих чоловічої статі (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15). Це вказує на те, що нижча доступність і невчасне звернення за медичною допомогою внаслідок соціально-економічних та освітньо-культурних чинників значною мірою формують несприятливий перебіг захворювання і створюють необхідність додаткових соціально-економічних витрат для держави.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати будуть використані для створення вдосконаленої моделі системи профілактики первинної глаукоми.

Список літератури

1. *Нестеров А. П.* Глаукома / А. П. Нестеров. – М. : Мед. информ. агентство, 2008. – 357 с.
2. Особливості ведення хворих на первинну відкритокутову глаукому в умовах офтальмологічного стаціонара / В. І. Ангел, Н. А. Тихончук, Н. О. Дзюба [та ін.] // Науковий вісник НМУ ім. О. О. Богомольця. – 2008. – № 20. – С. 21–23.

3. Вітовська О. П. Наукове обґрунтування Національної стратегії боротьби з первинною глаукомою в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина», 14.01.18 «Офтальмологія» / О. П. Вітовська. – К., 2011. – 32 с.
4. Epidemiology of glaucoma in Sub-Sahara Africa: prevalence, incidence and risk factors / Fatima Kyari, Mohammed M. Abdull, Andrew Bastawrous [et al.] // Middle East Afr. J. Ophthalmol. – 2013, Apr.–Jun. – V. 20 (2). – P. 111–125.
5. 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.
6. Профилактика предотвращаемых случаев слепоты и нарушения зрения [Электронный ресурс] : Доклад секретариата ВОЗ № EB117/35, 22 декабря 2005 г. – Женева : Исполнительный Комитет ВОЗ, 2005. – 5 с. – Режим доступа : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_35-ru.pdf. – Титул з екрана.
7. Нагорна А. М. Дослідження факторів детермінації поширеності захворювань органа зору у популяціях населення України / А. М. Нагорна, С. О. Риков, Д. В. Варивончак // Гігієна населених місць. – 2003. – Вип. 41. – С. 361–368.
8. Мультифакторні захворювання: внесок спадкових та зовнішніх чинників у виникненні відкритокутової глаукоми / О. І. Тимченко, О. П. Вітовська, Л. І. Драч [та ін.] // Гігієна населених місць. – 2006. – Вип. 47. – С. 462–471.
9. Риков С. О. Наукове обґрунтування системи надання офтальмологічної допомоги населенню України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.18 «Офтальмологія» / С. О. Риков. – К., 2004. – 34 с.
10. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної / В. Ф. Москаленко. – К. : Авіцена, 2009. – С. 135–147.
11. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.
12. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.

О.Б. Кощинец

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Исследование проводилось на базе офтальмологических отделений стационаров трех центральных районных больниц Ивано-Франковской области. Обследована репрезентативная группа из 515 человек, которые по тяжести глаукоматозного поражения были разделены на две основные группы: 347 больных с I–II (начальными) стадиями первичной глаукомы и 168 пациентов с III–IV (поздними) стадиями заболевания. Установлено, что больные первичной глаукомой, большинство из которых (87,6 %) пожилого и старческого возраста, по основным социально-экономическим детерминантам нездоровья характеризуются низким уровнем материального благополучия (в 54,0 % среднемесячный доход на члена семьи ниже прожиточного минимума), образования (33,3 % с начальным и неполным средним) и занятости (только 12,6 % работают). Поздние стадии заболевания и инвалидность вследствие них более распространены среди мужчин ($p < 0,05$). Доказано, что шансы развития поздних стадий глаукомы увеличиваются с возрастом (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46), при низком уровне занятости (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4, 52) и образования (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36) и достоверно выше среди больных мужского пола (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15). Это указывает на то, что меньшая доступность и несвоевременное обращение за медицинской помощью вследствие социально-экономических и образовательно-культурных факторов в значительной степени формируют неблагоприятное течение заболевания и создают вызовы дополнительных социально-экономических затрат для государства.

Ключевые слова: *первичная глаукома, профилактика, социально-экономический статус.*

O.B. Koshchinetc

PECULIARITIES OF SOCIAL AND ECONOMIC STATUS AND DEMOGRAPHIC CHARACTERS OF PATIENTS WITH PRIMARY GLAUCOMA

The study was conducted at the offices of 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. It is found, that patients with primary glaucoma, the majority of which (87,6 %) are aged and elderly, their main socio-economic determinants of unhealthy have a low level of material well-being (54,0 % in average monthly income per family member below subsistence level), education (33,3 % with primary and incomplete secondary education) and employment (only 12,6 % are working). Late stages of the disease and following disability are prevailing among male ($p < 0,05$). It is shown, that the chances of late stages of glaucoma development increase with age (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46), with low levels of employment (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4,52) and education (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36) and was significantly higher in male patients (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15). This indicates that the lower access and delayed referral for medical care due to social, economic, educational and cultural factors largely formed an adverse course of the disease and created additional challenges of social and economic burden to the state.

Key words: *primary glaucoma, prevention, socio-economic status.*